Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Het resultaat telt ziekenhuizen 2014

Utrecht, januari 2016



Inhoudsopgave

Voorwoord

Voor u ligt de 12e uitgave van Het Resultaat Telt (HRT) ziekenhuizen. Deze uitgave bevat een overzicht van de resultaten van de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen over het jaar 2014. Op het moment van publiceren zijn de indicatoren voor de basisset van 2017 al grotendeels opgesteld, waardoor ziekenhuizen ruim van tevoren weten waar ze aan toe zijn en wat er van hen verwacht wordt. Bovendien komt de basisset kwaliteitsindicatoren tot stand in nauwe samenwerking met de organisaties van medisch specialisten, verpleegkundigen en ziekenhuizen.

Elk jaar wordt in het voorwoord van dit rapport gewezen op de waarde van samenwerking en worden opvallende verbeteringen vermeld. Die verbeteringen zijn gebouwd op het fundament dat door samenwerking is gelegd. Toch is dit pas de eerste keer dat de kwaliteit van samenwerking in de basisset, tussen organisaties van professionals en tussen professionals binnen het ziekenhuis in HRT centraal staat. Die samenwerking maakt dat resultaten van de indicatoren uit de basisset betekenisvol kunnen zijn: van verbeterde pijnregistratie en pijnbestrijding in 2004 tot binnen een ziekenhuis betere coördinatie van de zorg voor kwetsbare ouderen en goede borstkankerzorg in 2014. Maar die samenwerking maakt ook dat de hoeveelheid indicatorinformatie die noodzakelijk is om toezicht te houden met 60% is afgenomen. Bijvoorbeeld, voor borstkanker is die samenwerking zo succesvol dat hiervoor in 2017 geen indicatoren meer in deze set worden opgenomen.
Uit de resultaten van de indicatoren uit 2014 blijkt dat het risico op slechte kwaliteit van de borstkankerchirurgie ten opzicht van andere risico's zo is afgenomen, dat een inspectie die stuurt op basis van risico's geen indicatorenruimte voor dit probleem meer moet inzetten. De inspectie volgt dit verder in haar reguliere toezicht.

De belangrijkste reden voor het focus op samenwerking is dat goede zorg in het algemeen en ziekenhuiszorg in het bijzonder vraagt om excellente samenwerking. Op vele plaatsen in het rapport worden voorbeelden gegeven van goede en (soms) slechte samenwerking bij het leveren van zorg, het formuleren van normen voor de zorg en het organiseren van die zorg. Ook indicatoren die op het eerste gezicht vragen naar de vaardigheid van een individu, zoals het achterblijven van resten van een tumor na een borstkanker operatie, zijn in werkelijkheid het resultaat van intensieve samenwerking tussen zorgverleners.
Samenwerking is noodzakelijk tussen diagnostiek (onder andere de radioloog) voor het beschrijven van de tumor, met het operatie team dat op basis van deze gegevens de tumor uitneemt, met de patholoog die bepaalt of er resten zijn achtergebleven en als het goed is met de vrouw die aangeeft welk risico zij acceptabel vind bij de keuze tussen een totale amputatie en een borstsparende operatie. Een goede indicator geeft inzicht in de samenwerking op vele niveaus. De voorwaarden voor goede samenwerking in het rapport gelden voor al die situaties, alléén hier in het voorwoord is de uitwerking beperkt tot de samenwerking bij het tot stand komen van de basisset.

Indicatoren voor de basisset worden jaarlijks ontwikkeld samen met organisaties van medisch specialisten en verpleegkundigen en in afstemming met de ziekenhuizen.
Het aantal organisaties waarmee wordt samengewerkt in het basisset systeem is in 10 jaar toegenomen van 10 organisaties in 2003 tot meer dan 33 organisaties nu. Ondanks het grote aantal partijen -waardoor een indicator in toenemende mate een coproductie is van zeer diverse professionals- is het proces betrouwbaar, efficiënt, tijdig, effectief en worden de indicatoren steeds doelgerichter.

Wat maakt een samenwerking succesvol? De inleiding van dit rapport gaat in op alle factoren die daarvoor essentieel zijn, al springen een paar factoren er uit. Samenwerking moet een duidelijke doelstelling hebben, en in het geval van de zorg staat natuurlijk het belang van de patiënt voorop. Het is essentieel dat alle belangrijke organisaties die dat doel kunnen bereiken betrokken zijn. Ik ben dan ook erg blij dat dit jaar, ondanks dat de aansluiting van alle verpleegkundige organisaties bij het basisset systeem nog nader uitgewerkt dient te worden, de samenwerking met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) echt op gang is gekomen. Daarnaast zijn in 2014 en 2015 de organisaties voor medisch specialisten waar de nadruk ligt op diagnostisch onderzoek aangesloten, zodat nu het volledige spectrum van medisch specialismen kan bijdragen aan de ontwikkeling van indicatoren. Overigens blijkt de belangrijkste factor voor samenwerking het meest kwetsbaar: het hebben van onderling vertrouwen. Dit houdt onder andere in dat de toezichthouder kan vertrouwen dat indicatoren worden voorgesteld die de zorg beter maken, dat zorgverleners de juiste data aanleveren en de vragen beantwoorden die altijd gesteld worden bij opvallende uitslagen. Daarbij hoort ook dat een zorgverlener kan vertrouwen dat een toezichthouder niet direct handhaaft op uitkomsten die in eerste instantie slecht lijken aangezien de instellingen mogelijk goede redenen hiervoor kunnen hebben. Daarnaast is er vertrouwen van publiek en toezichthouder nodig om te stoppen met indicatoren wanneer deze over de volle breedte van de sector positieve resultaten laten zien zoals bijvoorbeeld bij de indicatoren voor borstkanker. De indicator is zodoende niet meer onderscheidend voor een toezichthouder al dienen de resultaten wel vast gehouden te worden door de zorgverleners zelf. Dan kan er ook sprake zijn van het resultaat - gezond vertrouwen op het gebied van kwaliteit. Er is inmiddels zoveel informatie beschikbaar over de ziekenhuiszorg dat een snelle terugval na het stoppen met een indicator vrijwel niet te verbergen is. Ook op die manier levert de samenwerking een bijdrage aan het vertrouwen.
De geschiedenis van de basisset laat zien dat er weliswaar altijd problemen zullen zijn in de zorg, maar dat deze problemen binnen een goede samenwerking altijd opgelost kunnen worden.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Inleiding

In het basisset systeem werkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) samen met de ziekenhuiskoepels, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie Universitair Medisch Centra (NFU), en de inhoudelijke koepels, te weten de Federatie Medisch Specialisten (de Federatie) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), om jaarlijks tot een gedragen set van kwaliteitsindicatoren te komen: 'de Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen'. De inhoud van de kwaliteitsindicatoren wordt ontwikkeld in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen, gecoördineerd door de Federatie, en V&VN afdelingen, gecoördineerd door V&VN. De kern van het succes van het basisset systeem is samenwerken. Dit is ook vastgelegd in een (steeds korter wordende) samenwerkingsovereenkomst. Het basisset systeem kan vergeleken worden met het poldermodel: één gemeenschappelijk doel overstijgt het eigen belang van elke samenwerkingspartner. In de polder is het gemeenschappelijke doel zorgen dat de polder niet onderloopt, in het basisset systeem is het gemeenschappelijk doel samen de kwaliteit van zorg van Nederlandse ziekenhuizen verbeteren. 'Polderen' is het meest te vergelijken met de Engelse term: 'collaborative governance'. Afgelopen jaar heeft de inspectie over de samenwerking in het basisset systeem gepubliceerd in BMJ Outcome: 'All aboard, getting nationwide indicators on the rails[1]'. In dit artikel is een aantal voorwaarden voor een goede samenwerking geformuleerd die onderling sterk samenhangen:

- het hebben van een gemeenschappelijk doel, waar eigen belangen ondergeschikt aan zijn;
- het kunnen vertrouwen van de samenwerkingspartners wat betekent dat 'hidden agenda's' niet bestaan;
- het kunnen voeren van een open dialoog, waar elkaars eigen perspectieven zichtbaar zijn;
- het kunnen formuleren van heldere, duidelijke afspraken en
- het kunnen komen tot besluiten.

Om te toetsen of een samenwerking voldoet aan de voorwaarden voor 'collaborative governance' kunnen de volgende vragen gesteld worden:

1 Wie werkt (bestuurlijk) samen?
2 Wat is het gemeenschappelijke doel?
3 Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?
4 Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?
5 Hoe worden afspraken geformuleerd?
6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

---

[1] Oldenburg, C.S., van den Berg, J.M. & Leistikow, I.P. (2015). All aboard, getting nationwide indicators on the rails. BMJ Outcomes, April 2015. Te raadplegen via de link: http://outcomes.bmj.com/index.php/journal all-aboard-getting-nationwide-indicators-on-the-rails.

In deze inleiding zal getoetst worden of de samenwerking in het basisset systeem voor ziekenhuizen voldoet aan de voorwaarden van 'collaborative governance'.

Vraag 1: Wie werkt (bestuurlijk) samen?

Lange tijd is voor de basisset ziekenhuizen het uitgangspunt geweest dat samenwerking met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en medisch specialisten voldoende was om tot een adequate indicatorenset te komen. Het ging immers om het toezicht op de instellingen. Verpleegkundigen werden geacht vertegenwoordigd te worden door het management van de instellingen, en daarmee dus de ziekenhuiskoepels. Met voortschrijdend inzicht is het duidelijk geworden dat verpleegkundigen apart vertegenwoordigd moeten worden, waardoor er nu twee groepen samenwerkingspartners zijn: de ziekenhuizen, vertegenwoordigd door de NVZ en NFU en de professionals, vertegenwoordigd in de Federatie en V&VN.
Voor de medisch specialisten is die vertegenwoordiging inmiddels vrijwel volledig. Door de overgang van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) naar de Federatie Medisch Specialisten zijn belangrijke groepen als bijvoorbeeld de ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en klinische fysica zover aangesloten dat zij ook vertegenwoordigd zijn. Voor verpleegkundigen is dat minder eenduidig en hoewel het aantal leden groot is, zijn er enkele belangrijke groepen verpleegkundigen (cardiologie verpleegkundigen en diabetes verpleegkundigen) niet aangesloten bij V&VN. Afgesproken is wel dat zij in dit overleg vertegenwoordigd worden via V&VN. Een zo complex veld als het ziekenhuisveld is nooit compleet te vertegenwoordigen door vier partijen. Groepen als OK-assistenten en radiologisch laboranten zijn bijvoorbeeld niet direct vertegenwoordigd. Voor het opstellen van de normen en richtlijnen, noodzakelijk voor goed toezicht, is het van cruciaal belang dat alle betrokken partners elkaar weten te vinden. Daarbij zijn in de afgelopen twee jaar duidelijke stappen gezet, al zijn er nog steeds voorbeelden van zorg die door twee specialismen geleverd kunnen worden, maar die uitgaan van andere (volume)normen.
Aan het voorbeeld van de longchirurgie is vorig jaar aandacht besteed in Het Resultaat Telt (HRT). Een ander voorbeeld is de rugchirurgie waar neurochirurgen (volume)normen voor hebben opgesteld, maar de orthopeden niet.

Vraag 2: Wat is het gemeenschappelijke doel?

Kern van een succesvolle samenwerking is een duidelijk gemeenschappelijk doel, dat boven de individuele belangen van de betrokken partijen staat en waaraan alle acties getoetst kunnen worden. In de polder is dat duidelijk. Hoe zeer je ook persoonlijk van mening kunt verschillen met de poldergenoten, de bodem van de polder moet droog blijven. Als dat duidelijk is blijf je water pompen en onderhoud je de dijken. Als dat doel niet duidelijk is, moet daar over gepraat worden, iets wat polderen een slechte naam heeft bezorgd.
Als dat wel duidelijk is kunnen er binnen korte tijd wel snel, vaak ingrijpende beslissingen genomen worden, die gericht zijn op het bereiken van dat gemeenschappelijke doel. In de organisatie van de basisset ziekenhuizen is dat evident zichtbaar. Het gemeenschappelijke doel is goede kwaliteit van zorg voor patiënten. In de gemaakte samenwerkingsovereenkomst tussen de betrokken partijen staat het zo: 'Dat de samenwerkingspartners verschillen in hun rollen en verantwoordelijkheden, maar verbonden zijn in hun belang om de kwaliteit en veiligheid van zorg optimaal te houden en continu te verbeteren'. De winst van

12 jaar systematisch samenwerken om dit doel te bereiken is dat de partners er op kunnen vertrouwen dat ieder zich ook daadwerkelijk inzet om dat gemeenschappelijke doel te bereiken. Er zijn altijd andere rollen en verantwoordelijkheden, maar de acties van de partners in de basisset kunnen getoetst worden aan het gemeenschappelijk belang. Als het doel helder is en het vertrouwen in de inzet om dat doel te bereiken gerechtvaardigd, dan is het minder noodzakelijk om gedetailleerde afspraken te maken. Dit is ook zichtbaar in de lengte van de samenwerkingsovereenkomst. Deze is in de afgelopen periode gehalveerd. Dit liep parallel aan de daling van het aantal vragen dat gesteld wordt door de basisset aan de ziekenhuizen. Deze is in 12 jaar met 60% afgenomen van ongeveer 650 vragen naar 260 vragen nu. Het reduceren van de verantwoordingsdruk kan ook een doel zijn, maar moet altijd ondergeschikt zijn aan het hoofddoel: verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het opvragen van gegevens moet een inhoudelijk doel dienen. Is dat niet het geval, dan is elke vraag er één te veel. Absolute voorwaarde voor het vragen van gegevens is dan ook het zichtbaar gebruiken van die gegevens. Transparantie is een spel van gezien worden, maar vooral van zien, ofwel gegevens daadwerkelijk verwerken. Het uitbrengen van een analyse van indicatorgegevens, bijvoorbeeld in de vorm van HRT, is dan ook een inherent onderdeel van een transparant indicatorensysteem. Het gezamenlijk met wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen bespreken van uitkomsten van indicatoren en op basis daarvan nieuwe keuzes maken hoort hier ook bij.

Vraag 3: Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?

Vertrouwen is in deze context te omschrijven als de inschatting of de kans groot is dat een persoon of organisatie het afgesproken doel nastreeft en het bijbehorende gedrag vertoont. Wil er sprake van vertrouwen zijn, dan moet het gedrag niet afgedwongen zijn, bijvoorbeeld door dit achteraf te controleren of door het gedrag direct te superviseren. De ervaring speelt daarbij een grote rol. Vertrouwen is een belangrijk begrip voor de inspectie. Het motto was niet voor niets: ‘het gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg’. Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat zij verantwoorde zorg ontvangen, zonder dat zij bij elke stap na moeten gaan of hun zorgverlener te vertrouwen is. In een samenwerkingsverband als de basisset is vertrouwen essentieel. Bij het definiëren van indicatoren spelen de organisaties van professionals een cruciale rol. Andere partijen moeten er op kunnen vertrouwen dat indicatorvoorstellen zijn geformuleerd met als doel het geven van verantwoorde zorg aan patiënten. Als blijkt dat er bij één van de partijen andere motieven maatgevend zijn, is die partij het vertrouwen niet waard en valt de basis onder de samenwerking uit. Een praktisch voorbeeld van de rol die vertrouwen speelt bij de set is de afspraak dat indicatoren waarbij het doel bereikt is niet meer uitgevraagd worden. De standaard vraag daarbij van ‘buitenstaanders’ is: ‘Hoe weet je dat ze niet onmiddellijk stoppen met X (bijvoorbeeld screenen op pijn, ondervoeding, het hebben van een Multidisciplinair overleg (MDO)) op het moment dat de inspectie er niet meer vraagt?’ Het antwoord daarop is dat wij er van uitgaan dat die instelling te vertrouwen is. Als dan blijkt dat het ziekenhuis acuut stopt met het gevraagde gedrag, is dat een uitstekende indicator voor de cultuur van een instelling. Voor de inspectie als toezichthouder is dat een waardevollere bevinding dan X zelf. In die zin is het vertrouwen niet blind, het moet gerechtvaardigd zijn door het gedrag als er geen controle is.

Vraag 4: Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?

Een open dialoog zou je kunnen omschrijven als een contact tussen twee of meer partijen, waarbij de belangen en doelen van de betrokken partijen voor alle partijen inzichtelijk zijn. Dit is een praktisch vervolg op het concept vertrouwen. Kan een partij erop vertrouwen dat de ander de relevante delen van de agenda open op tafel legt, zodat de anderen er rekening mee kunnen houden. In de samenwerkingsovereenkomst staat: 'samenwerking tussen de samenwerkingspartners, vanuit het gemeenschappelijk belang en rekening houdend met elkaars rollen'. Willen samenwerkingspartners rekening houden met elkaars belangen, dan moeten die uitgesproken zijn. Indicatoren worden afgesproken op een moment ver voor het punt dat data beschikbaar zijn. Op dit moment worden afspraken gemaakt over basisset 2017 dat gevolgen heeft voor de inhoud van HRT 2017, dat uitkomt op 31 januari 2019. Dat kan alleen goed gaan als de partijen die betrokken zijn duidelijk zijn over hun lange termijn plannen en die zichtbaar op tafel liggen. Op het moment dat er geen hiërarchische relatie is tussen samenwerkingspartners is een open dialoog belangrijker. Geen van de partijen kan opdrachten geven, in de verwachting dat de anderen deze uit zullen voeren. De inspectie is wel toezichthouder op de leden van bijvoorbeeld de NVZ, maar niet op de vereniging.
Juist daar is samenwerking belangrijk. Het recente brancherapport van de NVZ stelt het zo: 'Deze basisset van de inspectie laat zien dat met duidelijkheid vooraf en de planbaarheid, voorspelbaarheid en het beperkte aantal indicatoren over meerdere jaren goede resultaten zijn te behalen'[2].
Gelijkwaardigheid tussen verenigingsbesturen moet ook geleerd worden, vooral tussen vakken waarbij op de werkvloer een ongelijke relatie bestaat. Zo stemde drie jaar geleden het bestuur van een V&VN afdeling nog af met een individuele specialist. Dat leidde tot veel onduidelijkheid. Inmiddels is het helder. Bij het ontwikkelen van nieuwe indicatoren wordt de inhoudelijke discussie gevoerd door gemandateerde vertegenwoordigers.
Het uiteindelijke besluit over de aanbieding van indicatoren wordt genomen door besturen.

Vraag 5: Hoe worden afspraken geformuleerd?

Naarmate het vertrouwen en de open dialoog toenemen, kunnen afspraken korter worden. Na 12 jaar intensieve samenwerking in de basisset, waar vertrouwen is opgebouwd, is gebleken dat afspraken worden vastgelegd om mensen te helpen bij het nakomen van de afspraken, niet om ze erop vast te leggen. Dit blijkt ook uit de functie die verslaglegging krijgt: verslagen worden na de overleggen zo mogelijk binnen één week verstuurd, met als doel om mensen te helpen bij het nakomen van de afspraken. Daarnaast worden afspraken nageleefd, niet omdat het in de afspraak staat, maar omdat het past bij de doelen van de samenwerkingspartners. Daarbij komt dat de basisset georganiseerd is op basis van een 'treinschema'. Indicatoren moeten bijvoorbeeld klaar zijn op 15 januari van het jaar vóór het jaar dat deze geregistreerd moeten worden. Indicatoren die op dat moment niet gereed zijn, kunnen dan pas het volgende jaar mee, 'met de volgende trein'.

---

[2] http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/26832/Zorg%20toont%20-%20Brancherapport%202015.pdf

Vraag 6: Hoe vindt besluitvorming plaats?

Polderen heeft een slechte naam gekregen omdat het zo lang kan duren voordat besluitvorming plaatsvindt. Consensus lijkt belangrijker dan effectieve besluitvorming. In de basisset blijkt dat wanneer de doelstelling helder is, het besluitvormingsproces niet lang hoeft te duren. Besluiten zijn bindend, niet (alleen) omdat ze afdwingbaar zijn, maar vooral omdat samenwerkingspartners de besluiten willen nakomen. Hierdoor is het mogelijk besluiten te maken in 2015 over activiteiten in 2017. De inspectie heeft in de basisset ook de functie van uiteindelijke beslisser, maar heeft in de praktijk van die bevoegdheid tot dusver nooit gebruik hoeven maken. De basisset ziekenhuizen is ten opzichte van andere indicatoren sets aantoonbaar altijd de eerste set indicatoren die voor elk jaar beschikbaar is.

Uit bovenstaande blijkt dat het succes van de basisset voor een groot deel verklaard kan worden door de samenwerking tussen de betrokken partijen. Kortom, ‘collaborative governance’ en dus goed polderen heeft zich in de praktijk bewezen.

Inleiding voor de resultaten

De inspectie heeft de basisset van 2014 en daarmee HRT over hetzelfde verslagjaar op dezelfde wijze ingedeeld als in 2013. Indicatoren zijn gegroepeerd naar grotere zorgprocessen (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg of operatief proces). Resultaten op de indicatoren worden eerst op het niveau van deze overkoepelende zorgprocessen besproken en vervolgens op het niveau van de onderwerpen waarvoor indicatoren bestaan (bijvoorbeeld ondervoeding). Een doorlopend thema in deze uitgave is 'samenwerken'.

In deze inleiding voor de resultaten worden de elementen besproken die voor alle onderdelen identiek zijn, zoals de algemene indicaties voor nader onderzoek. Zo verwacht de inspectie dat een ziekenhuis nader onderzoek doet wanneer dat ziekenhuis een bepaald gegeven niet kan leveren of wanneer de kwaliteit van dat gegeven onvoldoende is.

Per zorgproces leest u steeds eerst het overkoepelende hoofdstuk en daarna de individuele indicatoren. Deze hoofdstukken komen overeen met de hoofdstukken van de Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014. In ieder hoofdstuk staat een additionele paragraaf: waarom vindt de inspectie dit deel belangrijk en wat zijn in de volgende stap de vragen die het ziekenhuis zichzelf zou moeten stellen in de analyse bij een bijzondere indicatoruitslag? De inspectie toetst vervolgens met een signaleringslijst welke punten nog aandacht van een toezichthouder vragen. In de afsluitende paragrafen staan de aandachtspunten van de inspectie over het gebied waarbinnen de indicator valt.

Plaats van de indicatoren in het toezichtbeleid van de inspectie

De basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen is de resultante van een gezamenlijk ambitie om de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg aantoonbaar te verbeteren. De basisset wordt ontwikkeld en onderhouden in een unieke samenwerking tussen de inspectie, de NFU, de NVZ, de Federatie en V&VN. Deze heeft zich in de 12 jaar dat de basisset nu bestaat ontwikkeld tot een volwassen en respectvolle samenwerking waarin ieder zijn eigen rol en verantwoordelijkheid heeft en zowel de individuele als gezamenlijke belangen gediend worden. De inspectie is eigenaar van de basisset en gebruikt de uitkomsten voor toezicht. De basisset stelt de inspectie in staat te monitoren in welke mate ziekenhuizen de landelijke ontwikkelingen adequaat bij te houden. Achterblijven blijkt een belangrijk signaal voor een toezichthouder. Voor ziekenhuizen is het een stimuleringsinstrument om de kwaliteit en veiligheid continu te verbeteren, om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg binnen de instelling en om daarop te sturen.
De professionals gebruiken de basisset om het eigen kwaliteitsbeleid landelijk te implementeren en te borgen, en de daarbij noodzakelijke onderlinge afstemming te stimuleren. Voor zowel de toezichthouder, de ziekenhuizen als de professionals gaat het om verbeteringen in het veld te creëren en zichtbaar te maken. Het gaat dus niet zozeer om inzicht in statische gegevens, maar om inzicht in de dynamiek ervan. Daarom is de basisset niet één vaste set indicatoren, maar wordt de set elk jaar bijgewerkt. Indicatoren die onvoldoende differentiëren worden aangepast of vervangen. Als na twee jaar blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen een bepaalde kwaliteitstructuur hebben ingevoerd (bijvoorbeeld een protocol

voor tijdig signaleren van ondervoeding), past de inspectie de vraag aan om het proces beter in beeld te krijgen (bijvoorbeeld bij hoeveel patiënten is sprake van ondervoeding). Wanneer deze vraag na verloop van tijd onvoldoende differentieert, vervangt de inspectie deze door een uitkomst vraag (bijvoorbeeld hoeveel patiënten ontvangen voldoende eiwit). Deze werkwijze is uniek in de wereld en heeft ook bijgedragen aan unieke kwaliteits-verbeteringen.

De basisset heeft in de afgelopen 12 jaar laten zien dat over het algemeen de Nederlandse ziekenhuiszorg goed onder controle is. Vrijwel elk punt dat in de afgelopen jaren is opgenomen in de basisset laat een systematische verandering in de vooraf voorziene richting zien. Bestuurders zijn in meerderheid in staat gebleken om hun zorg zo in te richten dat goed gereageerd wordt op een nieuwe indicator. Waar dat niet het geval was, werd het door de basisset zichtbaar en kon de inspectie het gesprek aangaan en zo nodig actie ondernemen.

Algemene lijn inspectie-indicaties

In ieder hoofdstuk staan de vervolgvragen bij een opvallende uitslag. Deze vragen zijn nadrukkelijk ook bedoeld voor ziekenhuizen als zelfevaluatie. De indicaties voor deze vragen zijn zó gekozen dat de kans op onverantwoorde zorg groter is als de indicatiewaarde bereikt of overschreden wordt. De vragen gaan met name over de datakwaliteit en over de inhoudelijke kwaliteit. Beide worden hieronder uitgelegd.

Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit

Bij indicaties voor de datakwaliteit kunnen vragen gesteld worden over het ontbreken van data, of over fouten in de data. Een belangrijk doel hiervan is de kwaliteit van de data te verbeteren. Daarnaast geeft het feit dat een ziekenhuis een gegeven niet kan leveren, of alleen met veel fouten in de data, ook aan dat de kans groter is dat het ziekenhuis dat deel van het (zorg)proces minder in beeld – en dus onder controle – heeft. De inspectie let daarom op ziekenhuizen waarbij:

- Essentiële indicatorgegevens ontbreken, tenzij het ziekenhuis heeft aangegeven dat de indicator niet van toepassing is en deze melding heeft voorzien van een (specifieke) toelichting.
- Een steekproef heeft plaatsgevonden van onvoldoende omvang (laag aantal of onduidelijke selectiecriteria) om betrouwbare conclusies te trekken.
- De indicatorwaarde 100% is.

Onderzoeksindicaties naar de inhoudelijke kwaliteit

Er kunnen eveneens vragen gesteld worden als de uitkomsten van een specifieke instelling in vergelijking met andere ziekenhuizen relatief laag of hoog zijn. De afkappunten hierbij zijn:

- De indicatorwaarde valt onder de 10% laagste indicatorscores van de ziekenhuizen (de ‘p10’).
- De indicatorwaarde is groter dan 90% van de ziekenhuizen (de ‘p90’).

Deze indicatie is onafhankelijk van de gewenste richting van de uitslag (lage sterfte, hoge screening). Dit volgt uit de constatering dat uitschieters in beide richtingen een bijzondere situatie representeren. Per indicator wordt gekeken of er uitslagen zijn die een reden vormen voor nader onderzoek. Deze onderzoeksindicaties zijn te vinden in de volgende hoofdstukken.

Gebruik van de uitslagen voor handhaving

De basisset kwaliteitsindicatoren is onderdeel van het risicotoezicht, gericht op het verminderen van schade door risico's in de patiëntenzorg te signaleren/adresseren. De basisset vormt hiermee een belangrijk instrument voor het handhaven van een minimale kwaliteit van zorg op de lange termijn.
Opvallende uitkomsten zijn indicaties voor aanvullend onderzoek, tenzij door het ziekenhuis voorzien is van een toelichting. Ook bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die indiceren dat nader onderzoek nodig is. De inspectie wil niet te snel concluderen dat een afwijking slecht is, aangezien dit kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen. Zelden grijpt de inspectie op basis van één opvallende uitslag direct in.

De inspectie gebruikt de indicatoren als volgt in haar toezicht:
- De inspectie publiceert jaarlijks over de bevindingen en conclusies in HRT.
- De inspectie bekijkt de voortgang op het behalen van landelijke normen en doelstellingen.
- Bij direct patiëntengevaar neemt de inspectie gelijk maatregelen, zo mogelijk al voor aanlevering van de definitieve uitslagen (in de periode tussen 15 april en 1 juni).
- Bij opvallende uitslagen op brede schaal voert de inspectie aanvullend onderzoek uit.
- Bij opvallende uitslagen of bij indicatoren met een bekende norm (zoals een volumenorm of minimumnorm) verwacht de inspectie dat een ziekenhuis zelf verbeteracties onderneemt. Het onderwerp en de genomen acties komen later terug in (jaar)gesprekken.
- Aan de hand van de basisset en de gesprekken met ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen bevordert de inspectie de ontwikkeling van de veiligheid en de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

Algemene aandachtspunten bij de uitslagen

Namen van ziekenhuizen

De inspectie wil graag een transparant en openbaar gesprek kunnen voeren over de uitslagen van die indicatoren, zonder dat dit leidt tot 'veroordeling' van de instelling. Soms worden ziekenhuizen in deze uitgave bij naam genoemd. Hierover is veel discussie geweest met de betrokkenen bij de basisset. De inspectie kiest ervoor om de namen van de ziekenhuizen te noemen om de volgende redenen:
- *Transparantie*: een doel van de indicatoren is het gesprek hierover te openen met specifieke ziekenhuizen. Voor een publieke toezichthouder is dit een publiek proces. De inspectie wil inzage bieden in de wijze waarop signalen gebruikt worden.

Ziekenhuizen worden daarbij ook soms met naam genoemd, omdat lezers zo de gebruikte gegevens kunnen verifiëren. Het betreft hier in alle gevallen alleen die gegevens die sowieso publiek en op naam beschikbaar zijn.

- *Naming*: een vuistregel van de inspectie is om namen van ziekenhuizen te noemen als vier of minder ziekenhuizen bij een bepaalde indicator opvallen, ongeacht positieve of negatieve uitslag. Het is dus nadrukkelijk geen veroordeling, wel vaak een indicatie voor een gesprek.
- *Beleid*: het is het algemene beleid van de inspectie om ziekenhuizen te benoemen in rapporten, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

Kwaliteit van gegevens

De inspectie vindt informatie van goede kwaliteit wanneer het gespreksindicaties oplevert voor ziekenhuizen of over specifieke zorgprocessen. Ook ontbrekende gegevens of bekend foutieve gegevens leveren een goede gespreksindicatie op, bijvoorbeeld over het beeld dat een raad van bestuur zelf heeft van de werkelijke situatie. De volgende uitgangspunten zijn belangrijk:

- Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en publicatie van haar gegevens. Bij nieuwe indicatoren worden de verenigingen en afdelingen die de indicator hebben opgesteld in de gelegenheid gesteld ziekenhuizen te waarschuwen bij een verkeerde interpretatie van de afgesproken definities.
- De betrokken zorgverleners controleren de gegevens voor verzending. Veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid van de data op zijn minst geschat kan worden.
- Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens geverifieerd kunnen worden. De inspectie neemt sinds 2009 registraties alleen op als de houders ervan bereid zijn de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden.
- De inspectie vraagt indicatief documenten op ter verificatie, zoals operatieverslagen, verslagen van multidisciplinaire overleggen en van pathologisch onderzoek. Deze documenten geven waardevolle aanvullingen op de informatie uit de indicatoren en een belangrijke verdieping van het toezicht.
- Voor het jaargesprek worden onaangekondigde bezoeken aan het ziekenhuis gebracht, onder andere met als doel om inzicht te krijgen in de relatie tussen de aangeleverde data en de situatie op de werkvloer.
- Door het bijhouden van trends en het vergelijken van informatie uit verschillende indicatoren kan de inspectie de betrouwbaarheid van informatie beter beoordelen. Ook wordt de aangeleverde data vergeleken met andere data, bijvoorbeeld over het totaal aantal uitgevoerde ingrepen of de gepubliceerde incidentie van ziekten.

Dubbele aanlevering van aantallen

Groepjes ziekenhuizen hebben in aanloop tot een fusie meerdere malen dezelfde gegevens voor de fusiepartners aangeleverd. Dit is expliciet niet de afspraak, maar omdat de ziekenhuizen de eigenaar blijven van de data is het niet mogelijk voor de inspectie deze data aan te passen. Voorwaarde voor acceptatie was dan ook dat daarbij de juiste data in de toelichting werd meegegeven. Voor gebruik in HRT was het in enkele gevallen wel nodig

om de data daarvoor te corrigeren. Data zijn enkel gecorrigeerd als er sprake is van een locatiegeboden norm, zoals bij volumenormen en andere minimumnormen. Per hoofdstuk wordt expliciet aangegeven of de data al dan niet gecorrigeerd zijn.

1 Operatief proces

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 1. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan Het Resultaat Telt (HRT) en verwijst bij elk hoofdstuk naar die basisset.

Het gehele proces rond een operatieve ingreep is complex. Het omvat onder meer de indicatiestelling, de screening en beheersing van risico's, de voorbereiding, het uitvoeren van de ingreep, het herstel en de overdracht naar – in de meeste gevallen – de thuissituatie. In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan de samenwerking. In de inleidende hoofdstukken bij de groepen indicatoren worden de vragen uit de algemene inleiding beantwoord voor de specifieke groep.

1 Wie werken (bestuurlijk) samen in het operatief proces?

Binnen het operatief proces werkt een groot aantal zorgverleners samen om te zorgen dat een patiënt veilig geopereerd kan worden. Het aantal samenwerkingspartners is een goede afspiegeling van de complexiteit van het proces. Bij de richtlijn preoperatief, peroperatief en postoperatief traject zijn 19 partijen bestuurlijk betrokken[3]. Bij deze drie richtlijnen zijn in totaal 26 verschillende partijen betrokken, waarvan een deel bij één onderdeel. Ofwel, het is een zeer complex proces waar veel verschillende partijen bij betrokken zijn die allemaal hun eigen insteek en normen hebben. Internisten en verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld wél betrokken in het preoperatief traject, maar niet in het peroperatieve traject. Voor de indicatoren werkt de inspectie hierbij samen met alle verenigingen van het operatief proces. Met operatieassistenten en anesthesieassistenten is geen direct contact over de indicatoren.

2 Wat is het gemeenschappelijke doel?

Zonder zorgvuldige begeleiding en randvoorwaarden is een operatief traject zeer riskant. We nemen nu veilig werken in een zeer schone omgeving, met goede pijnstilling en goede materialen als vanzelfsprekend aan, maar vergeten dat dit alleen haalbaar is als al die partijen consistent naar dat doel toe werken.

3 Is er sprake van vertrouwen in het operatief proces tussen de samenwerkingspartners?

Vertrouwen speelt op veel manieren een bijzonder grote rol in het proces. In de eerste plaats is het vertrouwen tussen patiënt en operatief team belangrijk. Een patiënt onder narcose moet het operatieteam volledig kunnen vertrouwen. Tijdens een operatie is er geen machtsevenwicht. Daarnaast kan een patiënt moeilijk beoordelen of een operateur

[3] http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NOV/Betrokkenbij/Preoperatieve%20Traject%202010.pdf. http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured--files/2011/Richtlijn%20Het%20Peroperatieve%20Traject.pdf; http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2013/Def%20RL%20Postoperatief%20Traject.pdf.

voldoende ervaring heeft om de ingreep uit te voeren en moet een patiënt, relatief simpele volume criteria daargelaten, vertrouwen op de mededelingen van de operateur. Maar ook in het proces moeten de zorgverleners op elkaar kunnen vertrouwen. Een van de functies van de stopmomenten, die ingevoerd zijn in het operatief proces, is de zekerheid dat de handelingen in het stopmoment echt zijn uitgevoerd. Daarop kúnnen vertrouwen spaart paradoxaal tijd. Tijdens het begin van het toezicht op het operatief proces viel op hoe veel werk dubbel werd verricht om zeker te zijn dat het één keer goed was gedaan. Vier keer noteren van allergieën, zes keer noteren van medicatie (alle verschillend), kwamen voor. Niet vertrouwen dat andere leden van het OK team de medicatie konden beoordelen, was een van de redenen waarom professionals weinig lieten controleren ('dubbelchecks') bij het toedienen van medicatie op de OK. De betrokken wetenschappelijke vereniging stond daarbij op dat moment op het standpunt dat hun leden 'alleen werkten op de OK'. Elkaar vertrouwen en samenwerken als één team op een OK, is niet vanzelfsprekend en verdient alle aandacht die het kan krijgen. De inspectie constateert hierin een enorme verbetering.

4 Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?

Tijdens een van de eerste inspectiebezoeken die plaatsvond na de invoering van de SURPASS zijn gesprekken gevoerd met de inspectie over de open dialoog in een operatieteam. Regelmatig kwam daarbij het punt naar voren dat operatieassistenten het moeilijk vonden om operateurs aan te spreken als zij problemen vermoedden. Dit ondanks het feit dat de operateurs hier expliciet om hadden gevraagd. In een klein team op een operatiekamer met vrij sterke hiërarchische verhoudingen is een open dialoog niet vanzelfsprekend. Tijdens de eerste serie inspectiebezoeken voor het operatief proces viel op dat het operatief team eigenlijk uit twee aparte teams bestond, het snijdend team en het anesthesielogisch team, die weinig of niet met elkaar communiceerden. Maar ook binnen het proces als geheel was er geen dialoog tussen verpleegafdeling en operatiekamer. Dit is inmiddels sterk verbeterd.

5 Hoe worden afspraken geformuleerd?

De richtlijnen preoperatief traject, peroperatief traject en postoperatief traject zijn een mooi voorbeeld van het formaliseren van afspraken in een complex proces. Samen moeten deze richtlijnen één geheel vormen, de richtlijn voor het operatief proces. Door de sterk toegenomen standaardisatie is het proces aanmerkelijk veiliger geworden[4]. De zo vastgestelde eenduidige afspraken vragen wel waakzaamheid van alle partijen. Het lijkt toch verleidelijk om toch eigen afwijkende afspraken te maken. Een voorbeeld hiervan is de richtlijn rondom het operatieve traject die gemaakt is door de thoraxchirurgen. Die andere afspraken moeten dan wel getoetst kunnen worden aan dat gezamenlijk doel, een veilig proces, dat het vertrouwen van een patiënt waard is.

---

[4] NIVEL rapport vermijdbare sterfte, SURPASS onderzoek.

6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

Richtlijnen komen tot stand via een gestandaardiseerd proces. Voor de ontwikkelingen van medisch specialistische richtlijnen is het proces en de methodologie van richtlijnontwikkeling beschreven in het adviesrapport Medisch specialistische richtlijnen 2.0[5]. Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (Kennisinstituut) adviseert en ondersteunt wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het operatief proces?

Het ziekenhuis geeft op ten minste twee van de volgende vragen bevestigend antwoord of het percentage is 100% bij de indicatoren over pijn, time-out en antibioticaprofylaxe

1 Het percentage patiënten met een postoperatieve pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2014: bij minder dan 83,7% van de patiënten is de pijn gemeten)
2 Het percentage indicatoroperaties waarbij antiobioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief laag (voor 2014: minder dan 94,7%)
3 Het percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV is relatief laag (voor 2014: minder dan 95,3%)
   - Hoe wordt de veiligheid van complexe patiënten[6] die een operatie ondergaan gewaarborgd?
   - Wie heeft de coördinatie van het veiligheidsbeleid voor deze complexe patiënten?
   - Hoe organiseert het ziekenhuis de, voor dit proces, relevante screeningen?
   - Hoe ver is het ziekenhuis met het invoeren van de relevante Veiligheidsmanagement systeem (VMS)thema's?
   - Op welke wijze is de informatievoorziening voor de coördinator/hoofdbehandelaar[7] gewaarborgd?
   - Is er een prospectieve risicoanalyse (PRI) gedaan voor het operatieve proces?
   - Wat zijn de resultaten van de laatste audits op deze onderwerpen en wat is gedaan met de verbetermaatregelen?

Het ziekenhuis gebruikt steekproeven voor pijn, time-out en antibioticaprofylaxe of heeft maar over een deel van het jaar informatie aan kunnen leveren wegens problemen met het informatiesysteem

- Op welke wijze wordt het operatief proces ondersteund door ICT?
- Welke waarborgen zijn er voor een voldoende informatievoorziening in het operatief proces?
- Is de overdracht van gegevens binnen het operatief proces gewaarborgd?

[5] Federatie Medisch Specialisten, Adviesrapport Medisch specialistische richtlijnen 2.0 (oktober 2011)
[6] Onder complexe patiënten verstaat de inspectie in dit geval patiënten die operatieve ingrepen moeten ondergaan die zo complex zijn dat hier minimumnormen voor zijn gepubliceerd.
[7] KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, 2010.

Het ziekenhuis voldoet bij ten minste twee van de onderstaande ingrepen niet aan de minimumnormen

1 Het aantal pancreasresecties is minder dan 20.
2 Het aantal Aneurysma van de Abdominale Aorta (AAA)operaties is minder dan 20.
3 Het aantal cystectomieën bij een spierinvasief blaascarcinoom is minder dan 10.
   - Voert het ziekenhuis deze ingrepen nog steeds uit?
   - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
   - Wat is het concentratiebeleid van andere maatschappen in het ziekenhuis voor verrichtingen met een hoog risico, zoals urologie, gynaecologie, interventiecardiologie of radiologie?
   - Welke zeldzame, risicovolle behandelingen of ingrepen worden in dit ziekenhuis uitgevoerd?
   - Hoe komt de keuze tot stand?
   - Welke maatregelen worden uitgevoerd om voldoende ervaring te krijgen en te behouden?
   - Wat voor regionale afspraken heeft het ziekenhuis over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
   - Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen en de regionale ambulancevoorziening?

1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.1.

Indicatoren

- Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.
- Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Wat zijn de risico's

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces. Voor patiënten is pijnbestrijding belangrijk: het kan complicaties voorkomen en spoedig herstel en mobilisatie bevorderen. De bijwerkingen van de pijnbestrijding mogen het goede effect echter niet in de weg staan. Door te sterke medicatie (oversedatie) beleeft een patiënt op een verpleegafdeling weliswaar weinig of geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden, met een grotere kans op trombose als gevolg. Het is dus voor zorgverleners van belang hierin een goed evenwicht te vinden. Dit is niet altijd eenvoudig, want patiënten beleven pijn verschillend. Daarom is het voor patiënt en hulpverlener lastig te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is. Het is echter noodzakelijk dat pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te passen bij de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.
Het belang dat een ziekenhuis hecht aan adequate pijnstilling per patiënt en de registratie van de pijnmeting is voor de inspectie onder meer inzichtelijk middels de indicatoren. Uit het aantal patiënten dat is opgenomen in de steekproef voor de indicatoren is bijvoorbeeld zichtbaar hoever de informatisering van verpleegafdelingen is gevorderd. De integratie met andere screeningen, zoals ondervoeding, geeft de inspectie inzicht in de inrichting van de werkprocessen in het ziekenhuis en hoe ziekenhuizen deze informatie gebruiken. Tevens kan een goede registratie van pijnscores de noodzakelijke informatie geven over de patiëntengroepen die extra aandacht nodig hebben bij pijnbestrijding. Door inzet in de afgelopen jaren is er op de verkoeverkamer inmiddels gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding. Belangrijk is ook de gestructureerde aandacht hiervoor tijdens de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling verblijft.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces: van de aanwezigheid van de infrastructuur tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoge pijnscore. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur, vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van metingen bij patiënten (op verpleegafdelingen). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en verbetering. De vierde fase (hier is momenteel nog geen vraag over in de basisset) is het toepassen van de metingen voor adequate preventie van pijn. Deze verdeling in fasen wordt ook toegepast bij de vragen die de inspectie belangrijk vindt bij een opvallende uitkomst.

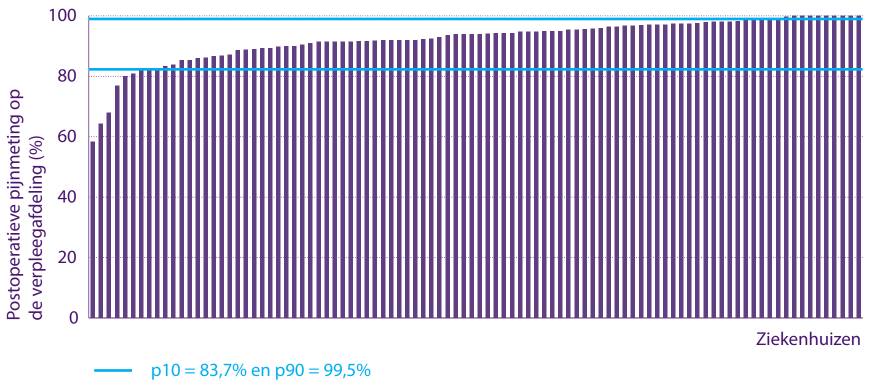
Resultaten

Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten

Het gemiddelde percentage geregistreerde pijnmetingen steeg in 2014 opnieuw ten opzichte van 2013 met 3,1 procentpunt: van 89,1% naar 92,2%. 10 ziekenhuizen gebruikten een steekproef voor het aanleveren van de gegevens, in 2013 waren dit nog 20 ziekenhuizen. De spreiding voor het percentage geregistreerde pijnmetingen is sterk afgenomen. De ziekenhuizen met de laagste percentage pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling zijn: UMCG (Groningen) met 58,4%, Scheper ziekenhuis (Emmen) met 64,3%, Isala (Zwolle) met 67,9% en Maastricht UMC+ met 76,8%. Behalve Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) hebben alle ziekenhuizen data aangeleverd voor het berekenen van het percentage postoperatieve pijnmetingen op de verpleegafdelingen. Bovenstaand ziekenhuis verklaarde, net als vorig jaar, de data niet aan te hoeven leveren, omdat er in dit ziekenhuis enkel ingrepen in dagopnames plaatsvinden. Dit betekent echter niet dat postoperatieve pijnmetingen bij deze groep patiënten niet relevant zijn.

Figuur 1.1.1

Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n=96)



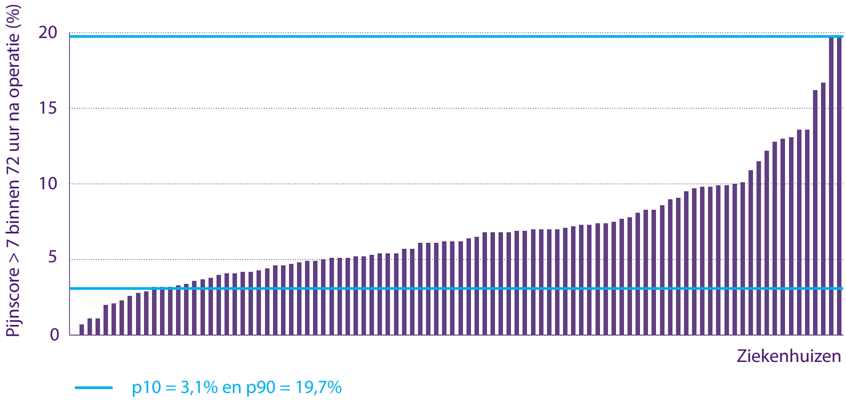
Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie is minimaal afgenomen, van 6,9% naar 6,8%. Het totaal aantal patiënten bij wie systematisch een pijnscore is gemeten (tenminste 6 metingen per patiënt gelijk verdeeld binnen 72 uur na een operatie) is gestegen van 401.155 patiënten in 2013 naar 477.684 patiënten in 2014. De ziekenhuizen met het hoogste percentage pijnscores boven de 7 waren Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) met 19,7% en Radboudumc (Nijmegen) ook met 19,7%. Ziekenhuis Amstelland gaf geen toelichting, Radboudumc lichtte toe dat van alle postoperatieve patiënten 19,7% op enig moment na de operatie een pijnscore boven de 7 heeft. Patiënten

bij wie pijn meerdere keren wordt gemeten zijn doorgaans patiënten bij wie ernstige pijn aanwezig is. Van deze groep heeft 28,4% op enig moment een pijnscore hoger dan 7. Het expertteam Pijn heeft het percentage ernstige pijn per aandoening in beeld gebracht. Ook heeft het expertteam Pijn interventies ingezet om het percentage patiënten met ernstige pijn te reduceren.

Figuur 1.1.2

Patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie (n=96)



Tabel 1.1.1

Kengetallen pijn na een operatie (n=96)

Pijnmetingen	Gemiddeld (%) (min – max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%
Verpleegafdeling: percentage geregistreerde pijnmetingen	92,2 (58,4-100)	94	9
Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	6,8 (0-19,7)	6,2	-

Tabel 1.1.2

Kengetallen pijn na een operatie – Verschil algemene ziekenhuizen (n=88) en Universitair Medisch Centra (n=8)

Pijnmetingen	Gemiddeld (%) (min – max)	Mediaan (%)	Aantal met 100%
Algemene ziekenhuizen: Verpleegafdeling: percentage geregistreerde pijnmetingen	92,7 (64,3-100)	94,1	9
Universitair Medisch Centra: Verpleegafdeling: percentage geregistreerde pijnmetingen	87,3 (58,4-97,4)	91,6	0
Algemene ziekenhuizen: Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	6,5 (0-19,7)	6,1	-
Universitair Medisch Centra: Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na operatie	10,8 (4,9-19,7)	9	-

Aandachtspunten bij het pijnbeleid na een operatie en de daarbij horende indicatoren

Taken

Pijn is een signaal aan de hersenen van een lichaamsonderdeel dat bedreigd wordt. Het is een indicatie dat nader onderzoek nodig is naar de toestand van het betrokken lichaamsdeel. Pijn wordt gestructureerd opgespoord en behandeld; de hersenen signaleren pijn, communiceren dit met het betreffende lichaamsdeel, dit wordt waargenomen en vervolgens volgt er een behandeling op maat. In die zin is pijn een metafoor voor het indicatorensysteem. De indicator signaleert een bepaalde uitkomst, waarna een specifieke interventie volgt. Hierbij moet binnen de organisatie bekend zijn wie waarvoor verantwoordelijk is om de interventie te doen slagen. De richtlijn postoperatieve pijn besteedt dan ook aandacht aan de organisatie van de behandeling van pijn en de multidisciplinaire samenwerking die noodzakelijk is voor een goed pijnbeleid. In de richtlijncommissie zijn de pijnverpleegkundigen (goed) vertegenwoordigd. Tegelijkertijd valt op bij vragen en opmerkingen van de inspectie dat veel 'gewone' verpleegkundigen zich geen onderdeel voelen van dit team en niet vertegenwoordigd zijn in de richtlijncommissie. Het is geen specifieke taak van de inspectie om betrokkenheid van partijen bij richtlijnontwikkeling te bewaken. Echter, als de inspectie lacunes in die vertegenwoordiging detecteert, is het wel de taak van de inspectie om daarover een signaal af te geven. In dit geval de aanbeveling: betrek algemene verpleegkundigen bij het ontwikkelen van afspraken over het signaleren en meten van pijn. Zij moeten tenslotte het werk op de afdelingen uitvoeren, waaronder ook de metingen.

Twee UMC's bij de vier laagste pijnmeters: past het resultaat bij de topreferente functie?

Universitaire medische centra (UMC's) hebben een bijzondere functie in de (Nederlandse) zorg. Hoog risico verrichtingen en innovatieve behandelingen worden hier vaker uitgevoerd. Hoog risico verrichtingen zijn ingrijpende en (vaak) uitgebreide verrichtingen en hebben een groter risico op pijn. De effecten van innovatieve behandelingen kunnen minder voorspelbaar zijn. Daarom is het raadzaam goed te monitoren op het optreden van pijn, dat een signaal kan zijn voor deze onverwachte effecten. Het is dan ook opvallend dat twee academische ziekenhuizen (UMCG (Groningen) en Maastricht UMC+) bij de vier ziekenhuizen horen met de laagste score en dat daarnaast het AMC (Amsterdam) de gegevens via een steekproef moet bepalen. Dit is in ieder geval een signaal dat verklaring behoeft. Daarnaast is het opvallend dat geen van deze uitslagen wordt toegelicht. Het Radboudumc (Nijmegen), dat een opvallend hoog percentage opgeeft voor patiënten met een pijnscore boven de 7, geeft een goed voorbeeld hoe het wél kan. 19,7% van de waarnemingen en 28,4% van de intensiever gevolgde patiënten hebben op enig moment een pijnscore boven de 7. "Het expertteam Pijn heeft het percentage ernstige pijn per aandoening in beeld gebracht. Ook heeft het expertteam interventies ingezet om het percentage patiënten met ernstige pijn te reduceren".Het is voor de inspectie dan duidelijk uit de toelichting dat een ziekenhuis het signaal zelf heeft waargenomen. UMCG, Maastricht UMC+ en AMC kunnen hierover vragen van de inspectie verwachten.

Pijnmeting als signaal over het ICT systeem: pijn als zenuwstelsel

Het uitvallen van pijnsignalen is een indicator voor het functioneren van een zenuwstelsel. Het uitvallen van signalen over pijnmeting is een signaal over het zenuwstelsel van het ziekenhuis. De meest gegeven toelichting over het ontbreken van data richt zich op de implementatie van ICT systemen. Dit geldt overigens ook voor andere indicatoren, echter gezien de leeftijd van deze indicator is dit een opvallende toelichting. Hierdoor ontbreekt informatie over een deel van het jaar. Voor het signaal naar de inspectie over de frequentie van pijnmeting is dat geen probleem. Data over 9 maanden zijn vrijwel even betrouwbaar als over 12 maanden. Het is wel opmerkelijk dat over een redelijk essentieel onderdeel van de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis enige maanden geen gegevens beschikbaar zijn en daarmee het ziekenhuis in feite aangeeft deze indicator niet voor sturing te (kunnen) gebruiken. Overigens zijn niet alle toelichtingen over ICT duidelijk. Het Oogziekenhuis (Rotterdam) geeft in de toelichting aan dat de pijnmeting in het dossier wordt vastgelegd. Daarentegen staat in de toelichting over het gebruik van de pijnmeting dat het, (in tegenstelling tot wat het jaar eerder is gemeld), niet in het digitale dossier opgenomen gaat worden. Het is voor de inspectie dan ook niet duidelijk hoe het pijnmetingsignaal dan wél doorkomt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 1: beschikbaar hebben van een infrastructuur

Het ziekenhuis verzamelt de gegevens van de verpleegafdeling door middel van een steekproef

- Het ziekenhuis heeft een vastgesteld pijnbeleid voor postoperatieve patiënten.
- Hoe is de steekproef verdeeld over de afdelingen?
- Zijn er waarborgen voor het meten van pijnscores bij alle afdelingen waar operatiepatiënten kunnen liggen?
- Hoe ver is het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) voor ondersteuning van het verpleegkundig proces ontwikkeld in het ziekenhuis?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis het eigen pijnbeleid?

Het ziekenhuis is in fase 2: uitvoering meting

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2014: bij minder dan 83,7% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief criteria voor ontslag naar huis (welke pijnbestrijding is mogelijk, welke protocollen, wie is verantwoordelijk, scholing, etc.)?
- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van metingen ten behoeve van de patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, bloedcontrole, saturatiemeter, ademfrequentie, neurologische functies bij epidurale pijnbestrijding)?

- Hoe worden andere gestandaardiseerde relevante metingen en processen op de verpleegafdeling (delirium, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid en tot welke verbeteracties heeft dat geleid?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2014: bij meer dan 99,5% van de patiënten is de pijn gemeten)
- Legt het ziekenhuis of de afdelingen de pijnscore elektronisch vast?
  Zo nee:
  - Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits en hoe vaak?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?

Het ziekenhuis is in fase 3: beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief laag (voor 2014: minder dan 3,1%)
- Op welke wijze worden pijnscores gemeten?
  - Hoe worden patiënten met veel pijn geïdentificeerd?
  - Hoe groot is het verschil in scores tussen de afdelingen?
  - Kan het ziekenhuis deze gegevens overleggen?
- Wordt de kwaliteit van de pijnmeting bewaakt?
- Hoe is het pijnbeleid georganiseerd?

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 (op een schaal van 1 tot 10) is relatief hoog (voor 2014: meer dan 19,7% van de patiënten hebben een pijnscore boven de 7)
- Wat is het pijnbeleid op de verpleegafdeling?
- Hoe functioneren de pijnteams/de acute pijnservice en hoe is hun bereikbaarheid?
- Welke middelen heeft een verpleegafdeling om pijn te bestrijden?
- Worden de pijnscores en het pijnbeleid met pijnteam en verpleegafdelingen gezamenlijk besproken?
- Hoe vaak wordt het pijnbeleid geëvalueerd?
- Hoe gaat de afdeling om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?
- Hoe wordt het medicatiebeleid vastgelegd?
- Hoe is het beleid ter preventie van een delirium?

1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.2.

Indicatoren

- Heroperaties bij een heupfractuur.
- Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur.

Wat zijn de risico's

De inspectie besteedt in de basisset aandacht aan heroperaties bij heupfracturen, omdat deze ingreep vaak kwetsbare, oudere patiënten betreft. Dit type patiënten heeft vaak meerdere problemen tegelijk en revalidatie naderhand verloopt vaker moeizaam. Oudere patiënten met een heupfractuur worden door zorgverleners dan ook aangewezen als dé groep patiënten die het meest schade ondervindt van inadequate zorg en incidenten tijdens het zorgproces[8]. Daarbij is het zorgproces bij deze patiëntengroep vanwege onder meer de comorbiditeit vaker (zeer) complex. De indicator heroperaties geeft de inspectie een beeld van de kwaliteit van de zorg vanuit het technische perspectief. Daarnaast geeft deze indicator inzicht in de keuzes die gemaakt wordt door medisch specialisten als zij problemen ervaren met een bepaalde operatie.

Het behandelen van een heupfractuur vereist samenwerking tussen verschillende afdelingen en disciplines, zoals de spoedeisende hulp, radiologie, chirurgie/orthopedie, geriatrie, anesthesiologie, de operatieafdeling en soms de intensive care afdeling. Om het risico van complicaties te verminderen is naast aandacht voor de fractuur ook aandacht nodig voor de eventuele comorbiditeit van de patiënt.
Om deze reden is de indicator medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur nieuw opgenomen in de basisset 2014. De indicator vraagt naar het percentage patiënten die behandeld worden voor een heupfractuur waarbij een geriatrisch team wordt ingezet. Het is aangetoond dat de structurele medebehandeling door een geriatrisch team bij patiënten met een heupfractuur een sterk verbeterde prognose oplevert[9]. Voor de inspectie geeft deze indicator een goed inzicht in hoe aan de samenwerking en coördinatie rondom de behandeling van heupfracturen in een ziekenhuis vorm wordt gegeven. In tegenstelling tot de indicator heroperaties, die zich richt op het technisch gedeelte, geeft deze indicator een beeld van de (samenwerkings-)cultuur binnen een ziekenhuis.

[8] Lubberding, S.; Merten, H. & Wagner, C. Patiëntveiligheid en Complexe Zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur. Rapport, Utrecht, NIVEL, 2010.

[9] Stenvall M, Olofsson B, Lundstrom M, Englund U, Borssén B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture, Osteoporos Int, 2007, 18(2):167–175.

Resultaten

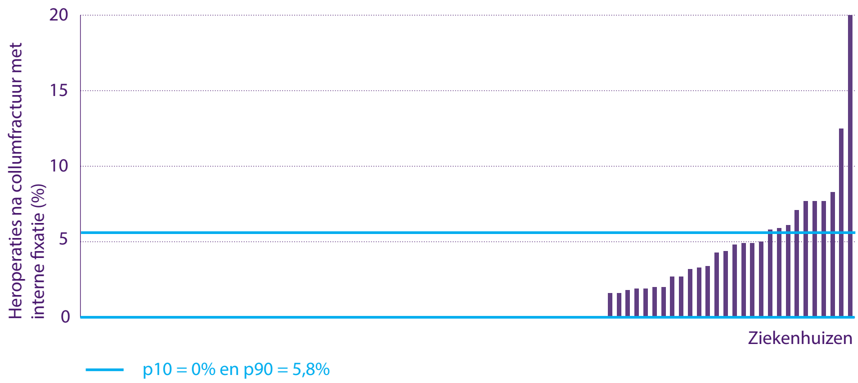
Heroperaties bij een heupfractuur

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Bronovo (Den Haag) en MCH (Den Haag) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

Het gemiddelde percentage heroperaties na een interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) was 1,7% in 2014. Dit is 0,4% lager dan in 2013. 59 ziekenhuizen gaven aan geen heroperaties na deze ingreep te hebben gedaan. Ook het percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese is 1,7% en is daarmee 0,4% gedaald ten opzichte van 2013. Het percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur is in een jaar gedaald van 1,9% naar 1,6%.
De spreiding voor heroperaties tussen de ziekenhuizen bij interne fixatie van een collum femoris fractuur is toegenomen ten opzichte van 2013. Dit ligt voornamelijk aan één uitschieter: Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) waar het percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur op 20% ligt. Een reden hiervoor is dat het aantal mediale collumfracturen met interne fixatie laag is in dit ziekenhuis (n=5), waardoor bij 1 heroperatie dit percentage op 20 uitkomt. De spreiding voor heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese en de spreiding voor heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur is afgenomen ten opzichte van 2013.

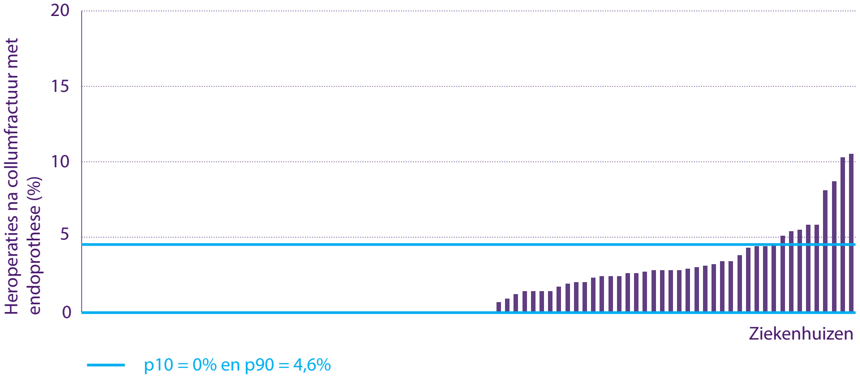
Figuur 1.2.1

Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) (n=87)



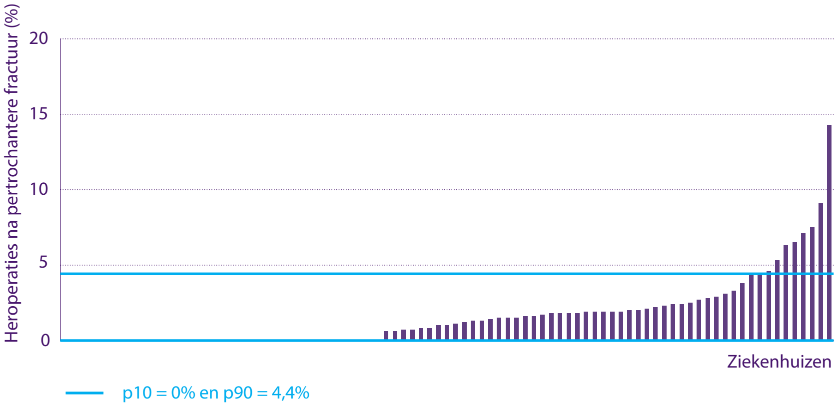
Figuur 1.2.2

Percentage heroperaties na behandeling van collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) met een endoprothese (n=90)



Figuur 1.2.3

Percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (n=89)



Tabel 1.2.1

Percentage heroperaties 2014

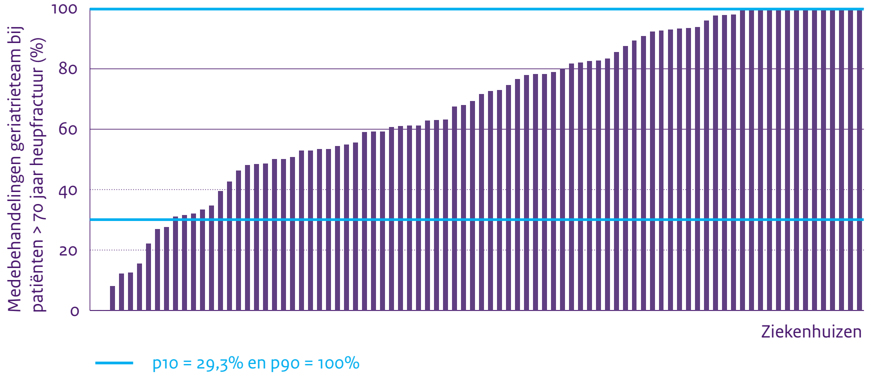
Percentage heroperaties	**Aantal ziekenhuizen (n)**	**Gemiddelde (%) (min – max)**	**Mediaan (%)**	**Aantal met 0%**
Na interne fixatie van een collum femoris fractuur	87	1,7 (0-20)	0	59
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een collum femoris fractuur over laatste 3 jaar	90	1,9 (0-11,8)	1,4	34
Na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	90	1,7 (0-10,5)	0	48
Gemiddeld percentage na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese over laatste 3 jaar	92	2 (0-8,8)	1,3	19
Na interne fixatie van een pertrochantere fractuur	89	1,6 (0-14,3)	0	37
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een pertrochantere fractuur over laatste 3 jaar	91	1,8 (0-16)	1,5	16

Medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur

In Nederland worden in 91 ziekenhuizen patiënten met heupfracturen behandeld. In 5 ziekenhuizen is het aantal patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd niet bekend. Dit betrof de volgende ziekenhuizen: Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen), Wilhelmina Ziekenhuis (Assen), Zaans Medisch Centrum (Zaandam), St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) en Sint Maartenskliniek (Boxmeer). Deze ziekenhuizen gaven als toelichting dat de registratie met betrekking tot medebehandeling geriatrieteam in ontwikkeling is of dat een geriatrieteam in oprichting is. Bij 76,2% van de opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur was het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling gevraagd. De spreiding is groot: 0% tot 100%. Bij 14 ziekenhuizen werd bij alle opgenomen patiënten het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling gevraagd. In Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) en in Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam) werd bij geen enkele opgenomen patiënt het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling gevraagd. Refaja Ziekenhuis gaf geen toelichting. Sint Lucas Andreas Ziekenhuis lichtte toe dat een geriatrieteam wordt opgezet.

Figuur 1.2.4

Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd (n=86)



Aandachtspunten voor de zorg bij een heupfractuur en de daarbij horende indicatoren

Het geheel is meer dan de som der delen: samenwerking is essentieel voor patiënten met een heupfractuur. De inspectie stelde eerder dat het optreden van een heupfractuur bij een oudere een symptoom was van kwetsbaarheid. Met kwetsbaarheid wordt bedoeld het zodanig toenemen van belasting door een of meerdere ziekten (of sociale omstandigheden) waardoor een persoon geen reserve capaciteit meer heeft om additionele belasting te dragen. Die kwetsbaarheid is de te behandelen ziekte, de heupfractuur de – ernstige – additionele belasting.
Toen is ook aandacht besteed aan de relatie tussen het risico rond de heupfractuur op delirium, decubitus en ondervoeding. Dit complex van problemen heeft een hoog risico. Eerder stelde de inspectie vast dat 25% van deze patiënten na een jaar zal zijn overleden[10]. Het ligt dan ook voor de hand om bij een aandoening die het aandachtsgebied van zo veel specialismen raakt, aandacht te besteden aan de samenwerking tussen die specialismen. Er zijn vele medische specialismen betrokken, maar bij de patiënten met een heupfractuur spelen er drie een hoofdrol: de klinische geriatrie/internist ouderenzorg (de geriater) als specialist in de behandeling van kwetsbaarheid, de traumatoloog/orthopeed als behandeling van de fractuur en de anesthesist als beheerser/behandelaar van het operatierisico. Eerder is aandacht besteed[11] aan de risico's van het verdelen van de ingrepen over twee specialismen, naar aanleiding van de samenwerkingsproblemen die door de inspectie werden waargenomen.

In 2014 werd voor het eerst gevraagd naar de betrokkenheid van de geriatrie bij de behandeling van heupfractuur patiënten. De invoering van de indicator geeft een inzicht in de aard van de problemen in de samenwerking. Afstemming tussen orthopeden, traumatologen, internisten en geriaters over de inhoudelijke afbakening stonden in eerste instantie op de voorgrond. De volgende fase waren afstemmingsvragen tussen geriatrie en anesthesie over de aard van de coördinatie (coördinatie van de aanpak van kwetsbaarheid of operatie risico). Inmiddels ligt het probleem meer bij de praktische vraagstukken. Geriatrie is nog niet overal beschikbaar en het begrip medebehandelaar is niet altijd goed terug te vinden. Ook is de aard van de samenwerking nog niet altijd duidelijk. Betekent dit dat de geriater ook meedenkt over de operatie-indicatie of is een preoperatief consult alleen bedoeld om de aanpak van de algemene problemen vroeg te starten? Ook hier is het onderscheid duidelijk tussen ziekenhuizen die de indicator gebruiken om het eigen beleid zichtbaar te maken of waarbij de indicator hen dwingt tot het invullen van een structuur die 'mee kan tellen'. Er is duidelijk nog ruimte voor ontwikkeling in de samenwerking tussen de betrokken specialismen.

[10] HRT 2012, pagina 34.

[11] HRT 2010, pagina 35 en 2011 pagina 33.

Medebehandeling bij conservatieve behandeling.

Een voorbeeld van de ontwikkelingsproblemen is de betrokkenheid bij de groep patiënten waarbij de toestand een ingreep niet toestaat en er gekozen (moet) worden voor een niet operatieve conservatieve behandeling. Dit is een voorbeeld waarbij een multidisciplinaire afweging van de operatie-indicatie zou vragen om de inbreng van geriatrische expertise. In deze fase van de indicator is de conservatief behandelde groep uitgesloten van de indicator. De mate van betrokkenheid van de geriatrie bij deze keuze geeft een aardige indicatie van de intrinsieke motivatie van het ziekenhuis. De indruk is dat ziekenhuizen die de coördinatie uit eigen beweging hebben opgepakt deze groep eerder includeren dan ziekenhuizen die de coördinatie vooral invoeren om aan de indicator te voldoen. Hierover worden dan ook vragen gesteld bij opvallende uitslagen.

Spoedzorg als onderdeel van een ‘electief’ vak.

Bij de inspectie zijn vragen gesteld over de preoperatieve betrokkenheid van de medebehandelende geriater. Door het spoedeisende karakter veranderde de gebruikelijke inzet van de geriatrie sterk en de vraag was of dat de bedoeling was. Tot dan toe was de enige betrokkenheid voor de ingreep een incidenteel telefonisch consult of soms een advies op afstand. De vraag was of een verpleegkundig consult op afstand zou volstaan. Los van de vraag of dit het begrip ‘medebehandeling’ niet erg ver oprekt, geeft het ook inzicht in de aard van de veranderingen die een professional ondergaat als de eisen aan het vak veranderen. Niet langer rustig en op afstand, maar actief en hands-on. De kans is groot dat dit ook leidt tot een veranderend profiel van specialisten die zich aangetrokken voelen tot dit vak.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief hoog of gemiddeld over 3 jaar relatief hoog (na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2014: meer dan 5,8%, over 3 jaar: meer dan 4,8%, na een endoprothese van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2014: meer dan 4,6%, over 3 jaar: meer dan 4,6%, na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) voor 2014 meer dan 4,4%, over 3 jaar: meer dan 3,4%)

- Wat was in 2014 de ziekenhuismortaliteit (tijdens de opname) na een heupfractuur?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling voor operaties?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd op de percentages en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met het tijdstip van de ingreep?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met de operateur (orthopeed, chirurg, traumatoloog, assistent)?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij een heupfractuur (delirium, ondervoeding)?

– Worden de ingrepen door meerdere vakgroepen uitgevoerd?
  Zo ja:
  - Worden (verschillen in) technieken en resultaten tussen de vakgroepen besproken?
  - Wordt de traumatologie in het ziekenhuis door een geïntegreerde groep van specialisten bestaande uit chirurgen en orthopeden uitgevoerd?
  - Hebben alle uitvoerende specialismen ook inzage in de complete complicatieregistratie?
  - Gebruiken alle uitvoerende specialismen gestandaardiseerde ziektespecifieke protocollen?
  - Op welke wijze wordt de zorg voor de patiënt met een heupfractuur gecoördineerd?

Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd is relatief hoog (voor 2014: gelijk aan 100%)
– Indien er geen geriatrie beschikbaar is in het ziekenhuis, maar wel 100% medebehandelingen door het team worden gescoord, hoe is de inhoudelijke kwaliteit hiervan gewaarborgd?
– Hoe gaat het ziekenhuis om met spoedeisende situaties op het moment dat de geriatrie wordt ingevoegd?
– Hoe waarborgt het ziekenhuis dat er voldoende formatie is om dit soort nieuwe taken in te voeren?
– Is er een prospectieve risicoanalyse gedaan bij de geriatrie bij deze nieuwe taakomschrijving?
  Zo ja:
  - Hoe ziet deze eruit en welke risico’s zijn meegenomen?
  Zo nee:
  - Hoe waarborgt het ziekenhuis dat zo’n beleidsverandering uitgevoerd wordt zonder dat er op ander gebied problemen met de geriatrie ontstaan?
– Welk betrokkenheid is er van de geriatrie bij de patiënten die conservatief worden behandeld?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag of gemiddeld over 3 jaar relatief laag (voor 2014 en over 3 jaar bij alle typen ingrepen: 0%)
– Hoe spoort het ziekenhuis heroperaties op?
– Worden data verzameld van alle vakgroepen die deze ingreep uitvoeren?
– Welk coderingssysteem hebben de vakgroepen voor de registratie van operatietechnieken?
– Welke analyse voerde het ziekenhuis uit en wat zijn de conclusies?
– Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding)?
– Hoe scoort het ziekenhuis op de indicator medebehandeling geriatrieteam bij heupfractuur?

Percentage opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur waarbij het geriatrieteam preoperatief in medebehandeling is gevraagd is relatief laag (voor 2014: minder dan 29,3%)

- Op welke manier wordt de algemene toestand van de patiënt meegenomen bij het bepalen van het operatieve beleid bij heupfractuur. En op welke wijze worden de andere problemen van patiënten voldoende in kaart gebracht?
- Wat voor verbeteracties onderneemt het ziekenhuis om in de nabije toekomst een hoger percentages te realiseren?
- Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding)?
- Hoe scoort het ziekenhuis op de indicator heroperaties en de indicatoren rondom de geriatrie en coloncarcinoom (hoofdstuk kwetsbare ouderen)?

1.3 Stopmoment IV: Time-out

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.3.

Indicator

- Time-out.

Wat zijn de risico's

In het operatief proces wordt in korte tijd hoogwaardige, complexe zorg verleend door veel beroepsbeoefenaren. Uit de literatuur blijkt dat in het operatieve proces relatief veel *adverse events* (ongewenste gebeurtenissen) en calamiteiten optreden met schade voor de patiënt of zelfs met overlijden als gevolg. Sinds 2006 houdt de inspectie specifiek toezicht op het operatieve proces: Toezicht Operatief Proces (TOP). Mede door het toezicht zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorg in het operatieve proces verbeterd. In de richtlijnen voor het operatieve proces[12,13] staan vijf cruciale stopmomenten beschreven. Tijdens deze stopmomenten moet alle informatie aanwezig en kloppend zijn, voordat de patiënt de volgende stap van het proces in kan.
De indicator Time-out vraagt naar het vierde stopmoment. Het vierde stopmoment wordt uitgevoerd op het moment dat de patiënt de operatiekamer binnenkomt, voordat hij geopereerd wordt. Een laag percentage patiënten waarbij dit stopmoment is uitgevoerd kan wijzen op te weinig samenwerking tussen het chirurgische en anesthesiologische team en het ontbreken van standaardisatie in handelen en overdracht. Het ontbreken van standaardisatie kan leiden tot een verhoogd risico op sterfte en complicaties bij operaties[14,15]. Daarnaast kan het niet volgen van de richtlijnen ook duiden op onvoldoende hygiënisch gedrag en onvoldoende maatregelen voor infectiepreventie. Deze indicator is vanuit de inspectie een klassiek voorbeeld van risico-gestuurd toezicht.

Resultaten

In 2012 was de spreiding tussen de ziekenhuizen 62,1%-100%. In 2013 nam de spreiding af naar 78,4%-100% en in 2014 blijkt de spreiding tussen de ziekenhuizen nog verder te zijn afgenomen naar 84,4%-100%. Waar in 2013 in 30 ziekenhuizen bij 100% van de electieve patiënten stopmoment IV uitgevoerd en vastgelegd was, is dit aantal in 2014 gedaald naar 25 ziekenhuizen. Ziekenhuizen met de laagste percentages gaven aan dit als aandachtspunt te hebben. Zo gaf één van deze ziekenhuizen aan dat er vanaf januari 2015 maandelijks een terugkoppeling is over het aantal goed geregistreerde time-out procedures op chirurgisch niveau. Indien de chirurg de time-out onvoldoende registreert krijgt hij/zij hier directe feedback op van het medisch clusterhoofd.

---

[12] NVA, NVvH, CBO, Richtlijn NVA, NVvH, CBO. Het Preoperatieve Traject. CBO: Utrecht; december 2009.

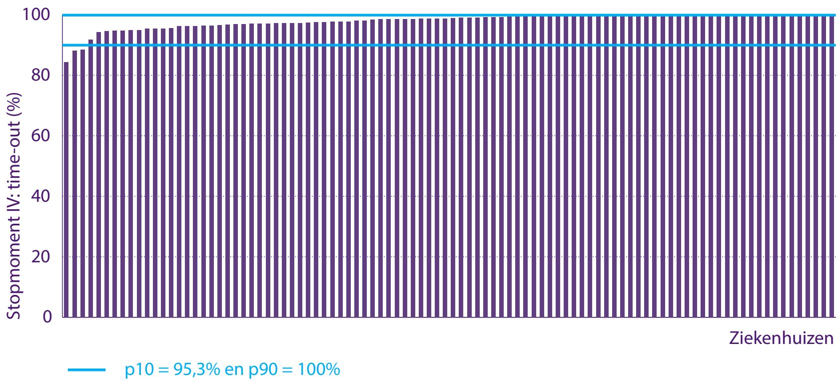
[13] NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject. NVA, NVvH: Utrecht; 2011.

[14] NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject. NVA, NVvH: Utrecht; 2011.

[15] De Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M.P.H., et al, and the SURPASS Collaborative Group. The effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Eng J Med 2010b;363:1928-1937.

Figuur 1.3.1

Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=96)



Tabel 1.3.1

Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=96)

	Gemiddelde (%) (min.- max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd	98 (84,4-100)	98,9	25

Aandachtspunten voor de time-out en de daarbij horende indicator

De aandachtspunten van paragraaf 1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe zijn ook van toepassing op deze indicator.

De time-out is een moment waarop een team samen met de patiënt een moment stil staat bij de komende ingreep. De indicator geeft in zijn huidige vorm alleen weer of een time-out wordt geregistreerd en niet of hij correct wordt uitgevoerd. Op dat niveau is de verandering in het operatief proces opmerkelijk, met name de mate waarin het teamwork in de afgelopen jaren is gestandaardiseerd. Het gemiddelde percentage en de mediaan liggen in de buurt van het percentage van uitvoering dat noodzakelijk is om een complex proces betrouwbaar uit te laten voeren. In een complex proces met vele actoren is de overall betrouwbaarheid afhankelijk van het product (vermenigvuldiging) van de betrouwbaarheid van de verschillende stappen. Bij vijf stappen met een betrouwbaarheid van 98,9% per stap is de overall betrouwbaarheid nog steeds rond de 95%. Dat is een groot verschil ten opzichte van de chaotische situatie tien jaar geleden. De aanpak van het operatief proces heeft in die zin zijn doel bereikt.

Teamvorming is moeilijk maar belangrijk en krijgt aandacht

Tijdens toezichtbezoeken constateert de inspectie nog steeds problemen met de uitvoering van de time-out. Die problemen zijn vaak indicatief voor de uitdagingen waar samenwerking in het operatief proces voor staat. Zowel hier als in de discussies met ziekenhuizen over de normen voor complexe ingrepen komt nog steeds het idee naar voren dat het team uit twee delen bestaat, de operateur(s) en de rest van het team. Zowel bij observaties als bij audits blijkt de operateur de eerste die zich aan de team time-out onttrekt. Het idee van de time-out in de zorg is ontstaan bij de oogheelkunde, waar werd waargenomen dat ingrepen veiliger werden als het hele team even stil stond bij de komende ingreep en samen naging of iedereen klaar was om zijn verantwoordelijkheden te dragen. Tegelijkertijd was het nog steeds mogelijk om een oogarts en zijn operatief team te observeren die een individuele time-out deden, als een soort stil gebed, maar zonder een gezamenlijk moment te hebben als team. Daarop aangesproken was de oogarts zeer verontwaardigd, hij hield immers een echte time-out en alle leden van het team waren verantwoordelijk voor hun eigen proces. Ook bij het voldoen aan minimumnormen komt bij herhaling het argument naar boven dat de norm gehaald kan worden door op verschillende locaties één operateur de ingrepen te laten uitvoeren. Het idee van de operateur met gouden handen en irrelevante teamleden lijkt moeilijk uit te roeien. Het is dan ook zeer toe te juichen dat de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) met toenemende intensiteit inzet op het trainen van complete teams. Crew Resource Management (CRM) is noodzakelijk als volgende stap in de gedragsverandering die begonnen is met de invoer van de richtlijn operatief proces.

Beschikbaarheid van indicator informatie is een indicator voor informatievoorziening

De beschikbaarheid van informatie over het proces wordt sterk bepaald door de kwaliteit van de informatievoorziening. Ook hier is de beschikbaarheid van time-out informatie een goede indicator voor de kwaliteit van de procesondersteuning door middel van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het betreft hier meerdere aspecten. In de eerste plaats de zich ontwikkelende beschikbaarheid van data waarbij meerdere ziekenhuizen aangeven een EPD met de functie time-out informatie ingevoerd te hebben in 2014. In de tweede plaats in de vorm van proceswaarborgen waarbij het invoeren van data over een time-out een voorwaarde is voor het uitvoeren van een ingreep. En in de derde plaats als middel om zorgverleners feedback te geven op de frequentie van uitvoering. Deze gegevens worden ook aangevuld door directe observaties. Isala (Zwolle) geeft het laagste percentage time-outs aan en maakt hier duidelijk waarom een indicator een startpunt van een gesprek en geen eindpunt van een veroordeling moet zijn. In de toelichting staat dat het gaat om de direct geobserveerde time-outs in het audit proces. De time-out wordt in 100% (bevestigd) uitgevoerd, maar die 100% is in 'slechts' 84,4% goed of zeer goed uitgevoerd. Mogelijk geen best practice wat betreft de uitslag, maar wel een best practice in rapportage.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV is relatief laag (voor 2014: minder dan 95,3%)

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2014 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?

Het percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV is relatief hoog (voor 2014: gelijk aan 100%)

- Registreert het ziekenhuis de time-out procedure in het EPD?
- Wie is er verantwoordelijk voor het registreren van dit stopmoment?
- Hoe vaak is er daadwerkelijk gestopt naar aanleiding van een stopmoment?
- Wordt het juist uitvoeren van de andere stopmomenten binnen het operatief proces ook gecontroleerd?
- Zijn er het afgelopen jaar incidenten of calamiteiten bekend waarbij de timeout een rol speelde?
- Worden er audits uitgevoerd op het juist uitvoeren van de stopmomenten? Hoe vaak in het afgelopen jaar?

1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.4.z

Indicator

– Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe.

Wat zijn de risico's

Het tijdens de operatie toedienen van antibiotica draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI's). Een POWI kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Alle patiënten die geopereerd worden en antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de incisie. De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte). Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen[16,17,18]. Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties, evenals profylaxe gegeven na de incisie[19,20,21]. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de naleving van richtlijnen/normen en de mate en snelheid waarin een ziekenhuis een indicator implementeert. Tevens geeft de indicator inzicht in de kwaliteit van infectiepreventie.

Resultaten

Van de 93 ziekenhuizen die gegevens aanleverden, baseerden in 2014 elf ziekenhuizen de cijfers op een steekproef, dit zijn zes ziekenhuizen minder dan in 2013. Net als in 2013 gaf een aantal ziekenhuizen aan dat, door de implementatie van een (nieuw) EPD, de registratie niet volledig was en het resultaat daarom niet volledig 'waarheidsgetrouw'. Het gemiddelde percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend is gedaald van 96,6% in 2013 naar 94,7% in 2014. Ook de spreiding tussen ziekenhuizen is licht toegenomen, van 30,5%-100% in 2013 naar 21,7%-100% in 2014. Een uitschieter wat betreft het toedienen van antibioticaprofylaxe is het Gemini Ziekenhuis (Den Helder), waar maar bij 21,7% indicatoroperaties antibioticaprofylaxe is toegediend.

[16] DiPiro, J.T., Vallner, J.J., Bowden, T.A., et al. Intraoperative serum concentrations of cefazolin and cefoxitin administered preoperatively at different times. Clinical Pharmacy 1984; 3: 64-7.

[17] Burke, J.F. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. Surgery 1961; 50: 161-8.

[18] Stone, H.H., Hooper, C.A., Kolb, L.D., et al. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary and colonic surgery. Annals of Surgery 1976; 184: 443-52.

[19] Galandiuk, S., Polk, H.C, Jagelman, D.G., et al. Re-emphasis of priorities in surgical antibiotic prophylaxis. Surgery, Gynecology and Obstetrics 1989;169: 219-22.

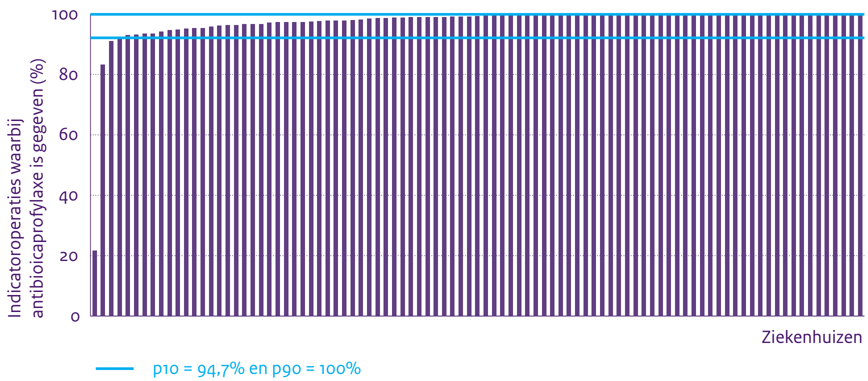
[20] Classen, D.C, Evans, R.S., Pestotnik, S.L., et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. New England Journal of Medicine 1992;326: 281-6.

[21] Lizan-Garcia M, Garcia-Caballero J, Asensio-Vegas A. Risk factors for surgical-wound infection in general surgery: a prospective study. Infect control Hosp Epidemiol 1997; 18: 310-15.

Bij gemiddeld 92,8% van de ingrepen waarbij antibioticaprofylaxe werd toegediend, werd deze tijdig toegediend. Dit is een stijging van 2,9% ten opzichte van 2013. Het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) geeft aan dat het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe niet bekend is. Dit ziekenhuis licht toe dat protocollair is vastgelegd dat antibiotica tijdig wordt toegediend en dat de toedieningstijd ook in het OK-verslag geregistreerd wordt, maar het blijkt dat dit niet eenvoudig uit het registratiesysteem gehaald kan worden.

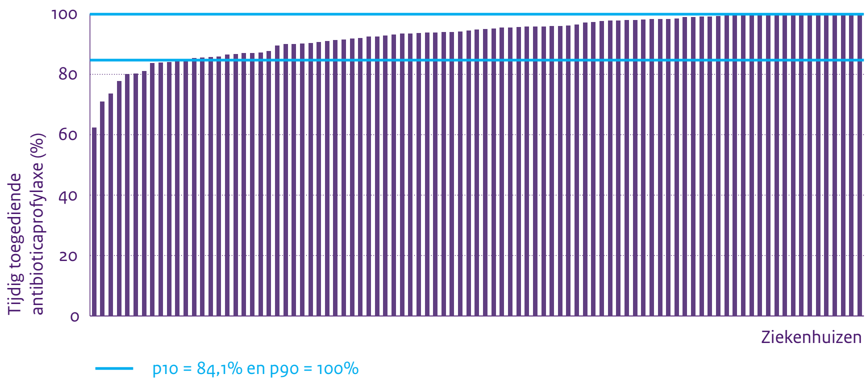
Figuur 1.4.1

Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend (n=93)



Figuur 1.4.2

Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe tijdig is toegediend (n=93)



Tabel 1.4.1

Kengetallen tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe (n=93)

Indicator	Gemiddeld (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven	97,4 (21,7-100)	99,3	37
Tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	92,8 (62,3-100)	94,8	12

Aandachtspunten voor de tijdige peroperatieve antibiotica-profylaxe

De principes in de aandachtspunten in paragraaf 1.3 Stopmoment IV, Time-out zijn ook van toepassing op deze indicator.

Het juist geven van antibioticaprofylaxe is een mooi voorbeeld van teamwork. Een half uur voor de incisie moet een juiste gift van antibiotica gegeven worden door de anesthesioloog. Het beleid moet worden afgestemd tussen operateur en medisch microbioloog. Voor de registratie van de indicator moeten het juiste tijdstip van de gift en de start van de ingreep bekend zijn. Dit juist registreren vraagt inspanning van de ICT afdeling en/of de leverancier van het OK systeem, de anesthesist/anesthesiemedewerker en andere leden van het OK team om de infrastructuur te maken en de data in te voeren. Bij het ontbreken van die infrastructuur moeten anderen, zoals de ziekenhuishygiënist, deze informatie handmatig verzamelen. Om de inspanning beperkt te houden zijn er in 2011 op landelijk niveau afspraken gemaakt tussen onder andere de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), NVvH, NVZ, de inspectie, de NFU, de Federatie en V&VN om vanaf 2013 een beperkt aantal ingrepen te selecteren. Ook het weten dat één dosis antibioticum op één juist tijdstip voor één juiste ingreep gegeven is een complex proces.

Toelichtingen laten complexiteit zien

Het primaire doel van een indicator is het bevorderen van het zelfsturend vermogen van een ziekenhuis op een risicogebied. Het afgeleide doel voor de inspectie is te signaleren dat het ziekenhuis mogelijk niet in staat is om zelf (voldoende) te sturen en er dus sprake is van extra risico op dit gebied. De toelichtingen die ziekenhuizen geven zijn vaak illustratief voor de complicerende factoren die controle beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn de vraag hoe het juiste tijdstip van een gift te bepalen bij patiënten die al behandeld worden met antibiotica of de vraag hoe de veiligheid te waarborgen bij patiënten die voor meerdere van de gebruikte antibiotica allergisch zijn. Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) lichtte toe: ‘de vier patiënten die geen AB hebben gehad: twee patiënten hadden al een onderhouds-dosering AB voordat ze geopereerd werden, bij twee patiënten is door de operateur bewust en weloverwogen van het protocol afgeweken’. Hieruit blijkt in ieder geval dat de data goed geanalyseerd en besproken is. Vaak worden technische factoren benoemd die de controle bemoeilijken. Met name het vastleggen van tijdstippen blijkt moeilijk, omdat verschillende systemen geen of een ander begrip van tijd hebben. Meestal gaat een dergelijke toelichting samen met een aanpak van het probleem om het resultaat in 2015 te verbeteren. Bijvoorbeeld: ‘er is nog geen controle, maar deze is onderweg’. Vorig jaar werd aandacht gevraagd voor de constatering dat de orthopedie veel aandacht van de infectiepreventie kreeg en soms al jaren de enige gevolgde groep operatieve ingrepen was. Dat heeft blijkens een toelichting niet alleen gevolgen voor de data over infecties, maar ook voor de antibiotica profylaxe. MC Zuiderzee (Lelystad) geeft aan alleen data over de orthopedie te hebben, omdat dat de enige groep operaties is die gevolgd wordt. Dat deel van het proces kan onder controle zijn, maar heel breed lijkt die controle niet. Bovenstaand ziekenhuis

heeft wel een score van 98%, maar alleen voor de orthopedische ingrepen waar zij naar gekeken heeft. In die zin heeft dit ziekenhuis dit proces dus niet voldoende in beeld.

Goede samenwerking vereist gemeenschappelijk taalgebruik

Een voorwaarde voor goede samenwerking (en voor een goede indicator) is een gemeenschappelijk taalgebruik. Een voortdurend punt van zorg hierbij is de omschrijving van een indicatoroperatie. Probleem daarbij is dat ieder specialisme zijn eigen terminologie hanteert, die geschikt is voor het eigen doel, maar vaak niet voor communicatie met andere specialismen. Indicaties voor profylaxe (bijvoorbeeld voor colon-rectum chirurgie) zijn onder andere beschreven in publicaties van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB). Deze publicatie geeft een klinisch voldoende (colon-rectum chirurgie) omschrijving, maar geen classificatie geschikt voor registratie. Een via het internet toegankelijk protocol van een individueel ziekenhuis[22] meldt: ilium colon rectum, bij gastro-intestinale chirurgie. De Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) meldt voor de inclusie bij colo-rectale chirurgie: 'Alle primaire colorectale carcinomen, waarvoor een deel van het colon (incl. rectum) is geresecteerd via open of laparoscopische chirurgie, transanale excisie van een rectumtumor via TEM procedure of open transanale benadering'[23]. Er is een brede variatie aan benaderingswijzen. Is de resectie van een poliep chirurgie? De poliep is immers 'een deel van het colon' dat wordt geresecteerd? De keuze van één eenduidige code lijkt dan ook een verstandige keuze, totdat de realisatie doordringt dat de klinische ingreep vertaald moet worden door een codeur naar de code. Prezies hanteert CTG code 34738 en 34739. Het is echter niet eenvoudig vast te stellen wat het verschil tussen beide is en in welke mate ziekenhuizen vrij kunnen kiezen tussen beide. Tijdens het schrijven van dit aandachtspunt is het niet gelukt toegang te krijgen tot een omschrijving van beide codes. De vertegenwoordiging van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) vroeg na herlezing van de indicator terecht aandacht voor de omschrijving van de Coronary Artery Bypass Grafting (CABG, coronaire arteriële bypassoperatie), die als omschrijving voor hen niet eenduidig was. Betekent het begrip arterieel hier dat er een arterie gebruikt is (wat in 2014 een van de indicatoren was)? Voor een thoraxchirurg is de omschrijving onmogelijk aspecifiek, voor een surveillancesysteem voor ziekenhuisinfecties behoeft het kennelijk geen nadere specificatie. Ook vanuit het perspectief van toezicht is het komen tot een eenduidige standaard van taal zoals SNOMED[24] een gedroomde ontwikkeling.

[22] http://www.zzlab.nl/informatievooraanvragers/antibioticarichtlijnen/richtlijnen/?cls=12&id=36&view=5

[23] http://dsca.clinicalaudit.nl/

[24] http://www.nictiz.nl/page/Standaarden/SNOMED-CT

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage indicatoroperaties waarbij antiobioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief laag (voor 2014: minder dan 94,7%)

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2014 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
  - Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
  - Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2014 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?
- Zijn er groepen operaties waarbij een afwijkend beleid wordt gevoerd?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?
- Neemt het ziekenhuis deel aan module POWI van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage postoperatieve wondinfecties?

Het percentage indicatoroperaties waarbij antiobioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief hoog (voor 2014: gelijk aan 100%)

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Heeft het ziekenhuis een audit uitgevoerd naar de kwaliteit van het profylaxe proces?
- Wie is er verantwoordelijk voor het proces?

Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief laag (voor 2014: minder dan 84,1%)

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2014 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
  - Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
  - Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2014 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
  - Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen?
- Neemt het ziekenhuis deel aan module postoperatieve wondinfectie (POWI) van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage POWI's?
- Is er onderzoek/ een audit gedaan naar de afwijkende uitkomsten?

Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief hoog (voor 2014: gelijk aan 100%)

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Heeft het ziekenhuis een audit gedaan naar de kwaliteit van het proces?
  - Welke waarborgen zijn er voor het goed uitvoeren van de profylaxe?
  - Heeft het ziekenhuis onderzoek/ een audit gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
  - Registreert het ziekenhuis het tijdstip waarop de antibioticaprofylaxe is toegediend in het EPD?
  - Wie is er verantwoordelijk voor het invullen?

1.5 Bariatrische chirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.5.

Indicatoren

- Volume bariatrische ingrepen.
- Percentage postoperatieve controles.

Wat zijn de risico's

De chirurgische behandeling van morbide obesitas heeft als doel significant gewichtsverlies, maar heeft een duidelijk risico op operatieve complicaties en langetermijn-complicaties. De ingrepen worden tegenwoordig steeds vaker gedaan met behulp van laparoscopische techniek. Dit resulteert in een sneller postoperatief herstel met vergelijkbare resultaten, maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad langer.
In de richtlijn Morbide Obesitas[25] uit 2011 staat dat per instituut jaarlijks gemiddeld (gemeten over een aaneensluitende periode van drie jaar) tenminste 100 bariatrische procedures plaats moeten vinden. Ook mogen complexe bariatrische ingrepen zoals de laparoscopische gastric bypass procedure, duodenal switch en sleeve resecties pas worden uitgevoerd nadat voldoende ervaring is opgedaan met eenvoudiger procedures (minimaal 100 laparoscopisch verstelbare maagbanden (LAGB)) en de professionals voldoende getraind zijn. Maagballonnen worden in de richtlijn Morbide Obesitas niet genoemd en vallen niet onder de voorwaarden van tenminste 100 bariatrische procedures. Deze ingreep zou inmiddels niet vaak meer worden uitgevoerd. In de particuliere klinieken werd in 2014 volgens eigen opgave de maagballon in geen enkele kliniek meer geplaatst[26]. De indicator volume bariatrische ingrepen geeft de inspectie inzicht in de naleving van richtlijn Morbide Obesitas uit 2011 en de mate en snelheid waarin een ziekenhuis aan de normen zoals beschreven in de richtlijn voldoet.

Naast ervaring met de operatietechnieken, is het van groot belang dat een geopereerde patiënt ook na de bariatrische ingreep onder controle van het ziekenhuis blijft. Een follow-up vindt gewoonlijk plaats 6 weken en 3, 6, 12 en 24 maanden na een bariatrische ingreep. Hierbij wordt gecontroleerd op micronutriënten en vitamines en na een bypass tevens op eiwit, albumine en parathormoon (PTH). Postoperatief wordt het dieet regelmatig en bij voorkeur door een diëtist met ervaring met morbide obese patiënten bewaakt. Van belang daarbij zijn: informatie over het juiste dieet voor de bariatrische procedure, bewaking van de micronutriëntenstatus, informatie over patiëntenorganisaties, individuele voedings-supplementen, begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en behoud hiervan op de lange termijn te bewerkstelligen. Ziekenhuizen waar geen follow-up plaatsvindt – wat de inspectie inzichtelijk wil maken met deze indicator – hebben geen zicht op de resultaten van bariatrische ingrepen en eventuele complicaties daarbij. Dit kan grote risico's opleveren

[25] NVvH. Richtlijn Morbide Obesitas. NVvH: Utrecht, 2011.

[26] IGZ. HRT particuliere klinieken 2014. IGZ: Utrecht.

voor de patiënt. Daarnaast geeft deze indicator een beeld in hoeverre ziekenhuizen en particuliere klinieken samenwerken en in hoeverre deze zorg gecoördineerd verloopt.

Resultaten

Volume bariatrische ingrepen

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (547 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

Sinds 2013 worden de indicatoren rondom bariatrische chirurgie uitgevraagd. 69 ziekenhuizen gaven aan geen bariatrische chirurgie te verrichten. In 2013 gaven 19 ziekenhuizen aan bariatrische chirurgie uit te voeren, in 2014 zijn dit er 18. Bariatrische chirurgie bij kinderen kwam niet voor. Gemiddeld verrichtten de ziekenhuizen 539 bariatrische ingrepen variërend van 180 tot 1.061 ingrepen per centrum. Het gemiddelde is gestegen van 459 bariatrische ingrepen in 2013 naar 539 in 2014. Elk ziekenhuis haalde de minimum volumenorm van 100 bariatrische procedures per jaar uit de richtlijn Morbide Obesitas (maagballonnen uitgesloten). Niet elk ziekenhuis voerde alle soorten bariatrische ingrepen uit. Zo hadden zes ziekenhuizen in 2014 geen maagbanden uitgevoerd en had één ziekenhuis in 2014 geen sleeve resecties uitgevoerd. Een enkel ziekenhuis bleek ook re-do's geïncludeerd te hebben, waardoor hun gerapporteerde aantal hoger is dan dit werkelijk zou zijn. Geen enkel ziekenhuis valt na correctie onder de norm.

Tabel 1.5.1

Kengetallen volume bariatrische chirurgie (n=18)

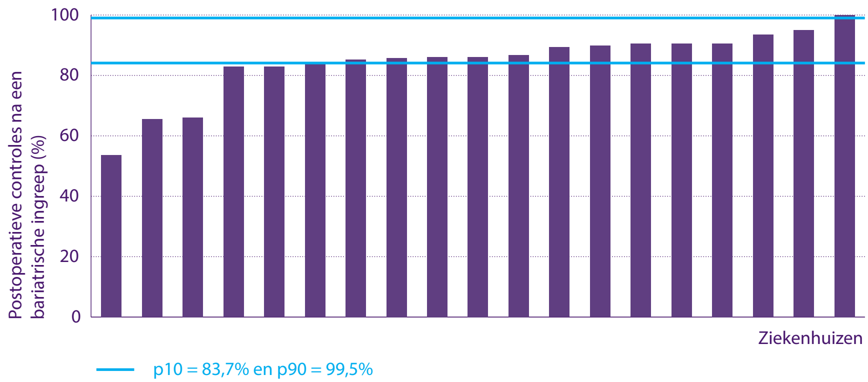
Indicator	Gemiddeld aantal ingrepen (min.-max.)	Mediaan (n)
Totaal aantal patiënten ≥ 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd	539 (180-1061)	547
Maagbanden (alle leeftijden)	6 (0-33)	4
Gastric bypasses (alle leeftijden)	418 (89-860)	423
Sleeve resecties (alle leeftijden)	80 (0-337)	30

Percentage postoperatieve controles
Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis dubbele gegevens aan (280 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

Gemiddeld heeft bij 84,4% van de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan na 24 maanden een postoperatieve controle plaatsgevonden, variërend van 53,7% tot 100% per instelling. Dit gemiddelde percentage is minimaal gestegen ten opzichte van vorig jaar (83,4%). De spreiding is afgenomen ten opzichte van 2013. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) gaf aan dat in 2014 alle patiënten na een bariatrische ingreep na 24 maanden een postoperatieve controle hebben ondergaan. In het St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein) heeft slechts bij 53,7% van de patiënten na een bariatrische ingreep na 24 maanden een postoperatieve controle plaatsgevonden. Het ziekenhuis heeft dit lage percentage niet nader toegelicht.

Figuur 1.5.1

Percentage postoperatieve controles na een bariatrische ingreep (n=19)



Tabel 1.5.2

Kengetallen postoperatieve controles na een bariatrische ingreep (n=19)

	Gemiddeld (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage postoperatieve controles na een bariatrische ingreep	84,4 (53,7-100)	86,1	1

Aandachtspunten voor de bariatrie en de daarbij horende indicatoren

Morbide overgewicht is een complex probleem. Voor een goed resultaat moeten zorgverleners uit vele disciplines samenwerken om tot een 'gezond 'gewicht te komen. Daarbij spelen diëtisten, psychologen, huisartsen, verpleegkundigen en een diversiteit aan medisch specialisten een rol. De multidisciplinaire samenwerking speelt daarmee een belangrijke rol. Opvallend hierbij is dat het behandelingstraject, veel vaker dan gebruikelijk bij gastro-intestinale ingrepen, verdeeld is over verschillende organisatievormen. Chirurgie is hierbij maar een klein onderdeel van de totale benadering, het is dan ook een understatement om te zeggen dat de follow-up vaak in een particuliere kliniek plaatsvindt. Het gaat hierbij eerder om de overige delen van de behandeling. Een operatieve ingreep zonder verandering van leefgewoontes is maar beperkt zinvol en kan riskant zijn. Het dumpingsyndroom dat op kan treden vraagt bijvoorbeeld om een ander eetpatroon. De operatieve behandeling moet samenhangen met de begeleiding van de verandering van levensstijl en met het opvangen van bijwerkingen. De vraag is hoe toezicht te houden op die samenhang? Ziekenhuizen geven aan niet altijd te weten of patiënten na twee jaar nog steeds in de follow-up zijn. De verantwoordelijkheid voor een samenhangende behandeling ligt niet automatisch bij het ziekenhuis of bij de operateur. Het ingehuurd worden voor een stukje van de behandeling heeft risico's. Aan de andere kant is dat natuurlijk wel de situatie waarin ziekenhuizen zich regelmatig bevinden bij veel andere aandoeningen, op het moment dat huisartsen patiënten verwijzen voor een geïsoleerd probleem. Daarbij is het helder dat de huisarts verantwoordelijk is voor de coördinatie. Vooralsnog is de huisarts niet opgenomen in de uitgevraagde deelname op het transparantieportaal[27]. Omschrijving van de taken en verantwoordelijkheden voor coördinatie van de behandeling van de patiënt lijken nog een lange termijn knelpunt.

Samenwerking met de DATO

Op dit moment zijn de indicatoren die de inspectie gebruikt voor het toezicht gericht op de bewaking van de volumenorm. Hoewel er een uitgebreide set normen is[28] zijn de meeste structuurelementen daarin niet geschikt om als indicator te dienen. Ook hier is de kernvraag voor het toezicht: 'is de behandeling van patiënten met morbide obesitas zo veilig dat er sprake is van verantwoorde zorg'. Hierbij concreet ingevuld 'heeft de eindverantwoordelijke voor de behandeling het inzicht en de mogelijkheden om de zorg op de juiste wijze te sturen?'. Daarbij is het ziekenhuis in ieder geval eindverantwoordelijk voor de verantwoorde zorg rond de ingreep. Op het moment dat de zorg zo verdeeld is over verschillende instellingen met verschillende eindverantwoordelijkheid is de vraag wie eindverantwoordelijk is voor het geheel en welke indicator het beste inzicht geeft in de uitvoering van de verantwoordelijkheid. Op dit moment is duidelijk dat alle instellingen die bariatrische chirurgie uitvoeren voldoen aan de volumenormen. Daarnaast is er vanuit de DICA een registratie opgezet van de bariatrische chirurgie, de Dutch Audit for Treatment of Obesity (DATO). Het ligt voor de hand om te zoeken naar een indicator die inzicht geeft

[27] https://www.clinicalaudit.nl/transparantieportaal

[28] HRT 2013, pagina 45,46

in de mate waarin een ziekenhuis effectief gebruik maakt van de daarin beschikbare gegevens. Overleg hierover met de DICA en de NVvH is gestart.

Groeimarkt en indicatiestelling

Het aantal bariatrische ingrepen nam tussen 2013 en 2014 met 15-16% toe. De Gezondheidsraad[29] stelt op basis van internationale data dat de prevalentie (van overgewicht) met 0,5 procentpunt per jaar toenam. De stijging van het aantal ingrepen kan in ieder geval niet verklaard worden door een toename van de prevalentie van overgewicht. Omdat de keten hier zo verdeeld is, is het niet onmiddellijk duidelijk waar en hoe hier de indicatie voor deze ingreep wordt gesteld en wat de oorzaak voor de stijging is. Het is mogelijk dat de toename van het aantal ingrepen geen medische oorzaak heeft, maar ligt in het vergoedingensysteem en het aantal ingrepen dat gecontracteerd is door een zorgverzekeraar. Gezien het ingrijpende karakter van de ingreep kan toezicht op de indicatiestelling wenselijk zijn. Dan is echter wel meer inzicht in het indicatieproces noodzakelijk.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert minder dan 100 bariatrische procedures uit
- In 2014 voldeed elk ziekenhuis aan de norm.

Het percentage postoperatieve controles is niet bekend of lager dan de p10 (in 2014: 83,7%)
- Wie is eindverantwoordelijk voor de coördinatie van het proces en welke afspraken zijn er gemaakt over het aansturen van het proces?
- Wat doet het ziekenhuis om te achterhalen hoe de follow-up plaatsvindt in particuliere klinieken waar zij mee samenwerken?
- Wat gebeurd er wanneer bepaalde particuliere klinieken systematisch geen informatie geven over het follow-up percentage?

Het percentage postoperatieve controles is 100% of boven de p90 (in 2014: 99,5%)
- Wie is eindverantwoordelijk voor de coördinatie van het proces en welke afspraken zijn er gemaakt over het aansturen van het proces?
- Wat doet het ziekenhuis om te achterhalen hoe de follow-up plaatsvindt in particuliere klinieken waar zij mee samenwerken?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die zich systematisch onttrekken aan postoperatieve controles?
- Worden er eisen gesteld aan de follow-up? Zo ja, wat houden deze eisen in?

---

[29] Rapport Gezondheidsraad, 2003, pagina 36

1.6 Cataractregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.6.

Indicator

- Cataractregistratie.

Wat zijn de risico's

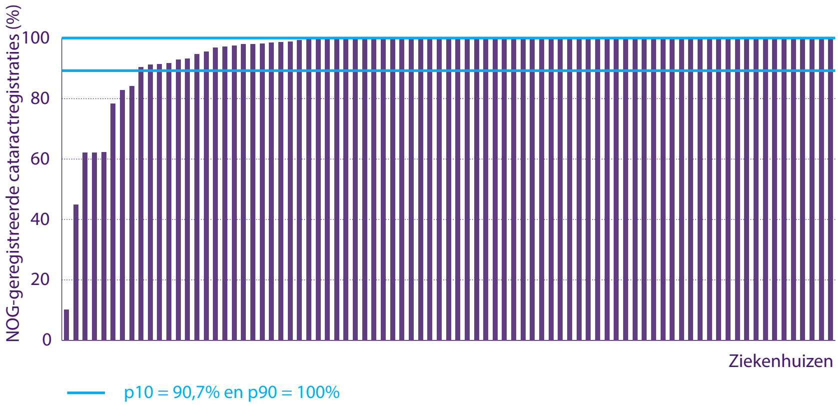
Het belang van dataregistratie en analyse op basis van de verzamelde gegevens is onomstreden. Om de kwaliteit van cataractchirurgie te verbeteren is het noodzakelijk dat iedere chirurg zich spiegelt aan de kwaliteit van anderen.
Uitvraag naar deelname aan de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) betekent derhalve impliciet dat hiermee wordt gevraagd naar de bereidheid van de individuele specialist om zich met anderen te vergelijken. Het aanleveren van kwantitatieve informatie aan deze registratie leidt ertoe dat een specialist op basis van objectieve informatie zijn handelen kan evalueren en verbeteren. Daarnaast biedt het een raad van bestuur handvatten om zicht te krijgen op de aangeboden zorg in het ziekenhuis en is het hebben van stuurinformatie over cataractingrepen een indicatie voor de mate waarin de raad van bestuur *in control* is. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten in ziekenhuizen zich conformeren aan wat de beroepsgroep aanbeveelt met betrekking tot kwaliteitsregistraties. Dit aspect is van groot belang in deze indicator. Dit komt met name door het grote aantal patiënten met weinig complicaties dat geïncludeerd dient te worden in de registratie, waardoor het zeer belangrijk is dat deze registratie volledig wordt ingevuld. Daarnaast geeft het de inspectie een beeld in hoeverre en hoe snel kwaliteitsregistraties geïmplementeerd worden binnen een ziekenhuis en in hoeverre ziekenhuizen het belang van kwaliteitsregistraties inzien.

Resultaten

In 2014 hebben 83 ziekenhuizen gegevens over cataractoperaties ingevoerd in de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het NOG. Het aantal ziekenhuizen dat een eigen registratiesysteem gebruikt voor het invoeren van cataractoperaties is in een jaar tijd gedaald van zes naar drie (Oogziekenhuis, Rotterdam, Scheper Ziekenhuis, Emmen en Ommelander Ziekenhuis Groep, Delfzijl en Winschoten). Het gemiddelde percentage ingevoerde operaties was 95,3%, wat een minimale stijging van 0,6% is ten opzichte van 2013 (94,7%). De spreiding tussen ziekenhuizen is toegenomen ten opzichte van 2013 (in 2013: 23%-100% en in 2014: 10,1%-100%). Dit komt voornamelijk door uitschieter Ommelander Ziekenhuis Groep waar maar 10,1% van de cataractingrepen werd geregistreerd. Dit ziekenhuis geeft aan dat alle cataractoperaties vastgelegd zijn in ifa: een internationale cataractregistratie.

Figuur 1.6.1

Percentage NOG-geregistreerde cataractregistraties (n=83)



Tabel 1.6.1

Kengetallen NOG-geregistreerde cataractregistraties (n=83)

Indicator	**Gemiddeld (%) (min.-max.)**	**Mediaan (%)**	**Ziekenhuizen met 100% (n)**
Percentage NOG-geregistreerde cataractregistraties	95,3 (10,1-100)	100	54

Aandachtspunten voor de cataractregistratie en de daarbij behorende indicator

Een van de vertalingen van ‘Gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg’ is de zekerheid voor een patiënt dat hij/zij elke kliniek in Nederland binnen kan gaan en dan in ieder geval verantwoorde zorg zal ontvangen. Het gebruiken van ‘marktinformatie’ kan een patiënt helpen om zorg te kiezen die meer bij de persoonlijke preferentie past. Keuzeinformatie moet niet noodzakelijk zijn om onveilige zorg te vermijden. Die aanname gaat er dan wel van uit dat de eindverantwoordelijke beroepsgroep en de toezichthouder kunnen waarborgen dat er geen onverantwoorde situaties vóórkomen. Daarbij is de eerste stap dat de eindverantwoordelijke in de instelling kan toetsen dat de geleverde kwaliteit in de eigen instelling niet belangrijk afwijkt van de situatie elders in Nederland. Daarvoor is nationale informatie nodig. In dit geval is sprake van een bijna volledige dekking van de oogheelkundige ingrepen in ziekenhuizen. In 2014 waren er nog drie ziekenhuizen die buiten dit systeem vielen. Er zijn dan dus waarborgen noodzakelijk dat áls ziekenhuizen een eigen oplossing kiezen deze volledig gelijkwaardig is, inclusief de essentiële spiegel-informatie. In die zin is de toelichting van Oogziekenhuis (Rotterdam) interessant: ‘Na de afsluiting van het registratiejaar worden de ter zake doende data uit ons intern registratiesysteem afgestaan aan de landelijke cataract registratie van het NOG’. Voor de toezichthouder is de vraag aan het ziekenhuis dan ook: wie ontvangt de data en hoe worden de data gebruikt voor het geven van feedback?

Deze indicator laat zien dat meerdere ziekenhuizen inmiddels deze zorg hebben over-gedragen aan andere instellingen. Vaak wordt daarbij gesteld dat deze ‘andere instelling’ direct informatie aanlevert aan de inspectie. Er zijn ook ziekenhuizen die deze zorg uitbesteden, die wel beschikking hebben over deze informatie. Dit laat tenminste twee modellen van samenwerking met aanbieders van uitbestede zorg zien. In het ene model heeft het ziekenhuis de beschikking over (enige) informatie over de zorg, in het andere model kan of wil het ziekenhuis deze informatie niet geven. Vanuit de inspectie gezien moet het duidelijk zijn: als het ziekenhuis meldt dat een bepaald onderdeel van de zorg is uitbesteed, blijft het ziekenhuis wel degelijk verantwoordelijk voor het uitbestedingproces en de waarborgen dat deze ’uitbestede’ patiënten verantwoorde zorg ontvangen. Dat houdt in dat zij minimaal de waarborg moet hebben dat de data van alle patiënten beschikbaar is voor landelijke feedback.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage opgenomen patiënten in de NOG-registratie is relatief laag (voor 2014: 90,7%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij cataractoperaties?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

Het percentage opgenomen patiënten in de NOG-registratie is relatief hoog (voor 2014: 100%)
- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de NOG-registratie?
- Komen alle patiënten daadwerkelijk naar alle postoperatieve controles?

1.7 Registratie neurochirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.7.

Indicator

– Deelname aan Quality Registry NeuroSurgery (QRNS).

Wat zijn de risico's

De QRNS is een kwaliteitsregistratie van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN). Om inzicht in de kwaliteit van neurochirurgie te verkrijgen, en in dit geval in de kwaliteit van chirurgische behandelingen bij hersentumoren en subarachnoïdale bloedingen, is het van belang dat geregistreerd wordt in de QRNS. Uitkomstregistratie en monitoring wordt gezien als de eerste, essentiële stap voor kwaliteitsverbetering. Door te registreren in de QRNS krijgt een individuele specialist inzicht in zijn handelen, kan zich spiegelen aan andere specialisten en uiteindelijk zijn handelen evalueren en verbeteren. Daarnaast biedt het een raad van bestuur handvatten om zicht te krijgen op de aangeboden zorg in het ziekenhuis en is het hebben van stuurinformatie over chirurgische behandelingen bij hersentumoren en subarachnoïdale bloedingen een indicatie voor de mate waarin de raad van bestuur *in control* is. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten (en vakgroepen) in ziekenhuizen zich conformeren aan wat de beroepsgroep aanbeveelt met betrekking tot kwaliteitsregistraties. Daarnaast geeft het de inspectie een beeld in de mate en snelheid waarmee kwaliteitsregistraties geïmplementeerd worden in een ziekenhuis en in hoeverre het ziekenhuis het belang van kwaliteitsregistraties inziet.
Er is nog geen uniforme veldnorm voor het minimum volume voor patiënten met een maligne glioom. De Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS), de De Landelijke Werkgroep Neuro-Oncologie (LWNO) en NVvN hanteren een andere norm. De consensus onder de Neurochirurgische centra waar een handeling in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen mag worden uitgevoerd (Wbmv), is dat men per ziekenhuisinstelling minimaal 50 craniotomieën moet doen voor een hersentumor indien daar gliomen behandeld worden. Dit is door SONCOS overgenomen met als aanvullende eis dat minimaal 50 patienten met een glioom in het MDO besproken moeten worden.

Resultaten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg)en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (96 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

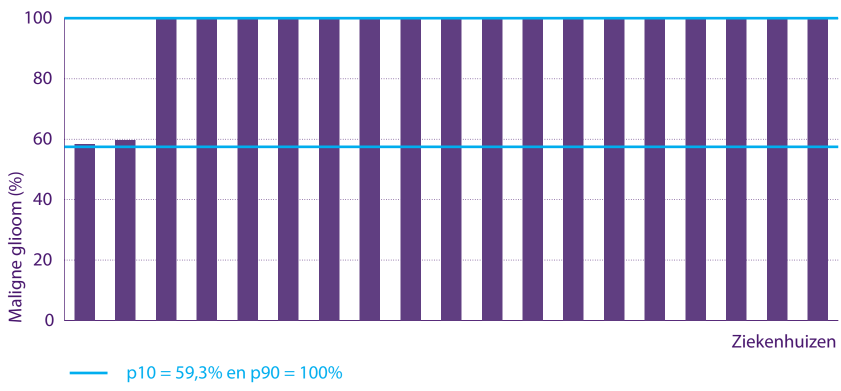
De indicator deelname aan QRNS wordt sinds 2014 uitgevraagd. 19 ziekenhuizen gaven aan patiënten chirurgisch te behandelen in verband met een maligne glioom. Al deze 19 ziekenhuizen leverden in 2014 informatie over de chirurgische behandeling van maligne glioom aan de QRNS aan. In totaal werden er in 2014 1.111 chirurgische behandelingen van een maligne glioom uitgevoerd, variërend van 4 tot 144 behandelingen per ziekenhuis

(gemiddeld 59 behandelingen per ziekenhuis). De verschillende interpretaties van de norm maakt het moeilijk te beoordelen wie niet aan de norm voldoet. Één mogelijke interpretatie is dat 7 ziekenhuizen de norm van 50 chirurgische behandelingen in verband met een maligne glioom niet haalden: Atrium (Heerlen) met 17 behandelingen, Martini Ziekenhuis (Groningen) met 21 behandelingen, Medisch Centrum Alkmaar met 23 behandelingen, LUMC (Leiden) met 26 behandelingen, Maastricht UMC+ met 40 behandelingen, UMCG (Groningen) met 46 behandelingen en Canisius-Wilhelmina ziekenhuis (Nijmegen) met 49 behandelingen. Voor de inspectie zijn normen in netwerk-verband op dit moment niet handhaafbaar.

17 ziekenhuizen registreerden 100% van de chirurgische behandelingen van maligne glioom in de QRNS. Twee ziekenhuizen registreerden minder, namelijk 58,3% (UMC Utrecht) en 59,6% (VUmc Amsterdam). Tevens gaf Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (Amsterdam) een opvallende toelichting: ‘deze indicator is niet van toepassing: Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis behandelt enkel oncologie patiënten’.

Figuur 1.7.1

Percentage chirurgische behandelingen van een maligne glioom, waarvan gegevens aangeleverd aan de QRNS (n=19)



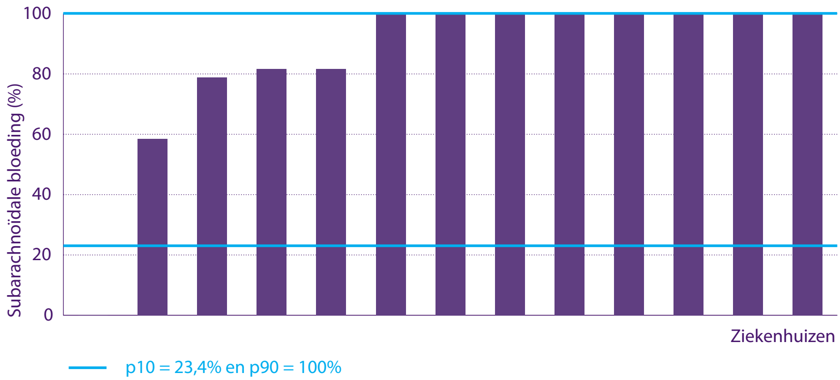
19 ziekenhuizen gaven aan patiënten te behandelen in verband met een subarachnoïdale bloeding. Hiervan gaven 6 ziekenhuizen aan geen informatie over de behandeling van subarachnoïdale bloeding in 2014 aan de QRNS geleverd te hebben. Deze ziekenhuizen hadden hier verschillende redenen voor, bijvoorbeeld: er vinden geen operatieve ingrepen plaats, de registratie wordt pas opgestart in 2015 (Medisch Centrum Alkmaar), en de huidige formatie biedt onvoldoende ruimte voor registratie (Maastricht UMC+). In 13 ziekenhuizen vonden in 2014 bij 1.048 patiënten een behandeling van een subarachnoïdale bloeding plaats, variërend van 15 tot 161 behandelingen per ziekenhuis (gemiddeld 87 behandelingen per ziekenhuis). 2 ziekenhuizen haalden de vastgestelde norm van 50 chirurgische

behandelingen in verband met een subarachnoïdale bloeding niet: Medisch Spectrum Twente (Enschede) met 15 behandelingen en VUmc (Amsterdam) met 18 behandelingen.

Van de 13 ziekenhuizen die informatie aanleverden aan de QRNS registreerden 8 ziekenhuizen 100% van de behandelingen in verband met een subarachnoïdale bloeding. Het gemiddelde lag op 84,7%, met een spreiding tussen de ziekenhuizen van 0%-100%. Deze spreiding is voornamelijk zo hoog door uitschieter Medisch Spectrum Twente waar 0% geregistreerd werd. Er wordt geen verklaring gegeven waarom in dit ziekenhuis geen gegevens zijn aangeleverd aan de QRNS bij behandelingen van een subarachnoïdale bloeding.

Figuur 1.7.2

Percentage behandelingen van een subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens aangeleverd aan de QRNS (n=13)



Tabel 1.7.1

Kengetallen registratie neurochirurgie

Indicator	Aantal ziekenhuizen (n)	Gemiddeld (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage chirurgische behandelingen van een maligne glioom, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS (n=19)	19	95,7 (58,3-100)	100	17
Percentage behandelingen van een subarachnoïdale bloeding, waarvan gegevens aangeleverd aan QRNS (n=19)	13	84,7 (0-100)	100	8

Aandachtspunten bij registratie van neurochirurgie en de daarbij behorende gegevens

Eenheid van taal, ook bij gliomen

Vragen van instellingen over indicatoren kunnen soms zeer behulpzaam zijn bij het signaleren van problemen. Voor alle definities van gegevens die afkomstig zijn uit bestaande kwaliteitsregistraties zijn de definities die de registratie zelf hanteert leidend. Dat wil zeggen dat de tekst in het boekje van de basisset, in dat geval niet veel meer is dan een hulpmiddel bij de site van de registratie. De hoop is dan wel dat de tekst helpt en niet hindert. In dit geval werd in de basisset de term maligne glioom gebruikt, terwijl de QRNS registratie de term glioblastoom hanteert. Er is een overlap, er zijn vier graden maligne gliomen en glioblastoom is een synoniem voor glioblastoom graad 3 en 4. Dat betekent dat de registratie slechts een deel van de gevraagde tumoren omvat. Graad 1 en 2 zouden volgens het boekje wel en volgens de registratie in principe niet geïncludeerd moeten worden. Uiteindelijk bleek echter dat enkele ziekenhuizen alle gliomen registreerden en deze ook binnen de QRNS opgevangen konden worden. Daarom was de formulering op de website ruimer gehouden dan de formele inhoud van de registratie. Een mooi voorbeeld dat een publieke indicator ook eisen stelt aan de documentatie van de kwaliteitsregistratie.

Minimumnormen op de QRNS site

Op de site van de QRNS staat een aantal kwaliteitsindicatoren. Een van die indicatoren is de toets of de instelling tenminste 50 craniotomieën vanwege intracraniële tumoren verricht. Daarboven staat een aantal minimale eisen en daar weer boven een omschrijving van het gebied, chirurgische behandeling van primaire hooggradige gliomen van het cerebrum. 7 ziekenhuizen voldoen volgens één van de interpretaties niet aan de indicator als het gaat om hooggradige gliomen. De NVvN heeft aangegeven om in 2016 met een helder beleid rond normen te komen. Zo lang er geen helder beleid is, kan de inspectie nog geen consequenties verbinden aan de resultaten. Als het gaat om craniotomieën voor een tumor in een bredere zin van het woord is het antwoord nog niet te geven, maar zal de vraag aan de betreffende ziekenhuizen gesteld moeten worden hoe zij de kwaliteit van zorg waarborgen. Ook meldt tenminste één ziekenhuis (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen) dat de 47 ingrepen over twee locaties verdeeld zijn (Radboudumc en CWZ), waarbij er negen in het CWZ worden uitgevoerd. Onder de inmiddels gebruikelijke regels voor minimumnormen gelden de normen voor één team op één locatie. Punt hierbij is dat de samenwerking niet zo hecht is dat het Radboudumc (Nijmegen) dezelfde aantallen aanlevert, hier worden 51 patiënten behandeld, onder vermelding van de verwarring over de geïncludeerde typen gliomen uit de bovenstaande alinea. In de komende maanden zullen er zowel op landelijk- als op instellingsniveau afspraken gemaakt moeten worden over de interpretatie van deze QRNS indicator/norm.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage ingrepen ingevoerd in de QRNS is relatief laag (voor 2014 voor maligne glioom: 59,3% en/of voor 2014 voor subarachnoïdale bloeding:23,4%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij chirurgische behandelingen van maligne glioom en subarachnoïdale bloeding?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

Het percentage ingrepen ingevoerd in de QRNS is relatief hoog (voor 2014 voor maligne glioom gelijk aan 100% en/of voor 2014 voor subarachnoïdale bloeding gelijk aan 100%)

- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de QRNS?
- Welke waarborg heeft het ziekenhuis dat de data van het aantal behandelde patiënten volledig wordt aangeleverd?

1.8 Gebruikersoverleg Minimaal Invasieve Chirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 1.8.

Indicator

– Multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg.

Wat zijn de risico's

De minimaal invasieve chirurgie (MIC) is een relatief nieuwe techniek in het chirurgisch palet. Dit geldt zowel voor de algemene chirurgie, de gynaecologie als de urologie. Met de implementatie van technisch moeilijkere ingrepen (hoogcomplexe zorg, zoals de laparoscopische hysterectomie) bestaat er behoefte om risico's, implementatiegraad en kwaliteit te meten. Voor de kwaliteitsmeting geldt dat met het uitrollen van deze techniek er volgens de inspectie een specialisme overstijgend draagvlak en controlesysteem dient te bestaan[30]. Dit houdt in dat voor zowel chirurgen, gynaecologen, als urologen die de MIC-techniek toepassen, dezelfde basiscriteria zullen moeten gelden. Deze basiscriteria staan beschreven in de richtlijn 'functionerend MIC-gebruikersoverleg[31]'. Hierdoor kan binnen het ziekenhuis geanticipeerd worden op nieuwe ontwikkelingen en kan de veiligheid voor de patiënt, bij het toepassen van deze technologie, vergroot worden. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de aanwezigheid van een multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg binnen ziekenhuizen. Daarnaast krijgt de inspectie hopelijk met deze indicator informatie in hoeverre- en met welke snelheid ziekenhuizen in staat zijn om een MIC-gebruikersoverleg te implementeren. Een ander belang van de inspectie is dat hierbij een goede samenwerking op gang kan komen tussen de inspectie en visitatiecommissies.

Resultaten

De indicator multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg wordt sinds 2014 uitgevraagd. In 91 Ziekenhuizen wordt minimaal invasieve chirurgie uitgevoerd. Enkel in twee ziekenhuizen functioneert geen multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de -in de indicator genoemde- kenmerken. Dit betreft het St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg) en Isala (Zwolle). St. Elisabeth Ziekenhuis geeft aan dat MIC hoofdzakelijk plaatsvindt op locatie TweeSteden en in Isala heeft door een verhuizing naar de nieuwbouw geen multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg gefunctioneerd. Het ziekenhuis licht toe dat de eerste vergadering van de gebruikersgroep gepland staat.

[30] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. Den Haag, 2007.

[31] NVOG (2011). Richtlijn minimaal invasieve chirurgie 2011.

Tabel 1.8.1

Kengetallen gebruikersoverleg MIC

Indicator	**Totaal aantal (n)**	**Aantal ja (n)**	**Aantal nee (n)**
Functioneert binnen het ziekenhuis een multidiciplinair MIC-gebruikersoverleg volgens de genoemde kenmerken	91	89	2

Aandachtspunten bij registratie van multidisciplinair MIC-gebruikersoverleg en de daarbij behorende indicator

Een vraag over samenwerking vraagt samenwerking op meerdere niveau's

Vragen naar een structuur zoals een gebruikersoverleg heeft een beperkte waarde voor het toezicht. Het is moeilijk om een vraag naar een overleg zo in te richten dat de vraag onderscheidend is. Als de vraag onderscheidend is op het moment van opstellen worden de onderscheidende factoren zo snel bijgewerkt, dat het moeilijk is om vast te stellen welke ziekenhuizen relatief moeite hadden met de organisatie, omdat de hele variatie binnen het registratie jaar valt. Trage ziekenhuizen zijn minder dan twaalf maanden trager dan voorloper instellingen. Daarnaast is het moeilijk om de vraag zo te definiëren dat de gevraagde elementen zonder inspectie echt aanwezig zijn. Een voorbeeld daarvan waren de mammapoliklinieken in de eerste jaren van de basisset. Bij navraag waren zij snel aanwezig, maar de invulling varieerde tussen een diepte investering in inrichting, logistiek en diagnostische faciliteiten en het ophangen van een bordje op een kamer in een polikliniek. In deze situatie zijn dus meer waarborgen noodzakelijk. Daarom is deze indicator na voordracht door de werkgroep MIC, geaccepteerd door de inspectie onder voorwaarde dat tijdens visitatie door één wetenschappelijke vereniging, de hele multidisciplinaire structuur zou worden bekeken. De afspraak is nu dat de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) visiteert, maar daarbij ook kijkt naar de invulling door de andere leden van de werkgroep (NVvH en Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)) en daar dus ook aanbevelingen voor kan doen. Die afspraak is gemaakt. Dit laat zien dat een kleine vraag ook grote gevolgen kan hebben voor de samenwerking.

Minimaal invasieve chirurgie complex in de keuze van indicatoren

De zoektocht naar indicatoren bruikbaar voor toezicht in de MIC is niet eenvoudig geweest. Het eerste experiment was het conversiepercentage bij galblaas operaties. Laparoscopische ingrepen die niet goed afgerond kunnen worden, worden geconverteerd naar een open ingreep. Dat kan zowel om patiënt als om operateurredenen gebeuren. De overweging was dat als dat vaker voorkwam, de kwaliteit van de operateur onvoldoende zou kunnen zijn. Een van de redenen om de indicator niet te kiezen was dat het een teken van goede kwaliteit is, als een operateur zijn eigen grenzen kent en herkent dat er een andere benadering noodzakelijk is. Het openbaar maken van het percentage conversies zou als bijwerking kunnen hebben dat het moment van converteren te lang zou worden uitgesteld. Gecombineerd met de onduidelijke opbrengst viel de balans uit ten nadele van de indicator. Een andere suggestie was het percentage laparoscopisch uitgevoerde baarmoeder-verwijderingen. Dit was een techniek die enige jaren geleden in opkomst was en waar grote verschillen waren in de toepassing tussen de ziekenhuizen. Dat was wel potentiële keuze-informatie voor patiënten, maar de uitkomst van de keuze is geen toezichtinformatie. De huidige indicator is aanmerkelijk minder ambitieus, maar zal binnen korte tijd vervangen moeten worden. De geschiedenis leert dat dat niet eenvoudig is.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De inspectie stelt geen vragen over dit onderwerp op basis van de indicatoruitslag.

2 Spoedprocessen

U vindt de omschrijving van het spoedproces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 2.

De spoedeisende hulpverlening is gezondheidszorg met een hoog risico. Vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare verantwoorde zorg en competente zorgverleners zijn vaak beslissend voor het overleven en/of de omvang van (blijvende) gevolgen bij de ernstig zieke patiënt.

In dit HRT besteedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) specifiek aandacht aan de samenwerking. In de inleidende hoofdstukken bij de groepen indicatoren worden de vragen uit de algemene inleiding beantwoord voor de specifieke groep.

1 *Wie werken (bestuurlijk) samen bij spoedprocessen?*

Net als in het operatief proces (dat in een aanzienlijk aantal gevallen deel uitmaakt van de spoedeisende keten), is in het spoedeisend proces een groot aantal partners betrokken. Twee factoren maken de samenwerking bijzonder. In de eerste plaats is er altijd haast geboden en meestal maken partijen van buiten het ziekenhuis deel uit van de samenwerkingspartners. De volgende partijen spelen een rol: de eerste lijn (zoals de huisarts, maar soms ook familie of politie) die de patiënt als eerste vinden. De ambulancediensten, die de patiënt naar het ziekenhuis brengen, en tot slot de zorgverleners in het ziekenhuis die zorg dragen voor de opvang. Veel specifieke ziektebeelden hebben hun eigen keten en dus samenwerkingspartners. De keten voor het cerebrovasculair accident (CVA), heeft andere partners dan die voor het hartinfarct (STelevatie acuut myocardinfarct (STEMI)) of trauma. Veel van deze trajecten hebben ook nog partners nadat er geen aanleiding meer is voor spoed, bijvoorbeeld de revalidatiezorg en de 'nazorgende' cardioloog bij STEMI. Geen van deze partijen heeft een gezamenlijke koepel organisatie boven het niveau van de wetenschappelijke vereniging of de V&VN afdeling. Er is dus wel sprake van een operationele samenwerkingsrelatie in het veld, maar geen bestuurlijke relatie ten aanzien van het maken van afspraken rond indicatoren voor (in ieder geval) de inspectie. Inmiddels zijn er beginnende hoopvolle ontwikkelingen zoals de kennisnetwerken, waarin indicatoren worden ontwikkeld, maar deze zijn nog niet toegankelijk voor de inspectie en de bestuurlijke status is nog niet helder voor de inspectie.

2 *Wat is het gemeenschappelijke doel?*

Het gemeenschappelijk doel is de patiënt verantwoorde zorg leveren binnen zo korte tijd dat permanente schade vermeden wordt. Het is niet altijd eenvoudig om dit doel 'functioneel' te houden. Een voorbeeld daarvan was de discussie rond de vijftien minuten aanrijtijd van een ambulance. Dit is bestuurlijk een belangrijk doel en helpt bij de planning van ambulances. Het is een interval tussen het binnenkomen van een melding op een meldkamer en het arriveren van een ambulance op de juiste bestemming. Elk jaarbeeld van de Ambulancezorg Nederland meldt echter dat dit geen maat is voor verantwoorde zorg. In de eerste plaats is er bijna altijd een interval tussen het begin van de aandoening en het

eerste contact met de meldkamer. Voor sommige aandoeningen is dat zelfs de bepalende factor. Een belangrijke reden voor het niet in aanmerking komen voor trombolyse bij een CVA is het thuis niet tijdig herkennen van het CVA (bijvoorbeeld omdat de patiënt lag te slapen). Er is ook een neiging om te gaan sturen naar deeldoelen, ofwel kleine stukken van het proces. Een (helaas niet meer terug te vinden) document uit de jaren '90 over de procesbeschrijving van de spoedeisende keten gaf daar een mooi voorbeeld van: het ongeluk vindt plaats op het moment dat de melding binnen komt op de meldkamer. Uiteindelijk is het enige relevante interval voor de patiënt het moment tussen het ontstaan van de klacht en het moment van effectieve behandeling. Dat is de reden voor spoed en dat bepaalt of alle haastige spoed van de verschillende onderdelen goed was.

3 *Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?*

Een van de tekenen van een gebrek aan vertrouwen is het voorrang geven aan eigen deelmaten, boven een veel relevantere totaal-maat, in geval van CVA dat de behandeling binnen 4,5 uur gegeven moet worden na het ontstaan van het infarct. Werk je samen naar het gemeenschappelijke doel, of werk je ieder aan je eigen doel, in de hoop dat het geheel dan wel goed komt[32]? Verklaring voor de keuzen die gegeven wordt tijdens het formuleren van een indicator voor een door to needle time bij CVA of STEMI in plaats van een *call to needle time* is dat het laatste meer afhankelijk is van andere onderdelen in de keten en dus geen zeggenschap hebben over de directe prestaties van de ziekenhuizen.

4 *Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?*

Op dit moment is er geen gezamenlijke bestuurlijke dialoog met de inspectie over de indicatoren in de hele spoedeisende keten. In het recent opgestarte traject voor indicatoren voor spoedzorg vanuit ZorgInstituutNederland (ZiN), is ervoor gekozen om te werken met experts en niet met gemandateerde bestuurlijke vertegenwoordigers. Het is bij de ontwikkeling van indicatoren vaak moeilijk om te achterhalen welke partijen exact betrokken zijn bij de vaststelling ervan. Bij richtlijnen is dit vaak beter gedocumenteerd en kunnen daarmee als illustratie van de samenwerkingsrelaties dienen. In de kwalitatief goede Europese richtlijn voor STEMI is niet terug te vinden of vertegenwoordigers van de eerste lijn en de ambulancezorg betrokken zijn bij de ontwikkeling van de richtlijn. Hetzelfde geldt voor de richtlijn voor het geruptureerd aneurysma van de aorta. Daarbij wordt de eerste lijn en de ambulancezorg niet vermeld als gesprekspartner. Bij het vaak extreem verlopende ziektebeeld fasciitis necroticans (een snel om zich heen grijpende infectie waarbij extreme chirurgische ingrijpen worden uitgevoerd en waarbij een belangrijk knelpunt ligt in de vroege herkenning van het probleem), heeft de eerste lijn ervoor gekozen niet vertegenwoordigd te zijn. Een open dialoog is niet mogelijk als een van de partijen niet aanwezig is.

5 *Hoe worden afspraken geformuleerd?*

Afspraken worden op dit moment niet (voldoende) geformuleerd. Het Zorginstituut Nederland is hier momenteel mee bezig.

[32] Het principe ieder voor zich en god voor ons allen?

6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

Besluitvorming vindt niet plaats op bestuurlijk niveau.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond spoedprocessen?

Op dit moment zijn er geen overkoepelende indicatoren voor het spoedproces, op het moment dat er nieuwe indicatoren zijn kunnen de onderstaande vragen weer gesteld worden.

Het ziekenhuis heeft een opvallende uitslag (geen data voor 2014, buiten de STEMI)

- Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
  - T.a.v. spoedeisend diagnostisch onderzoek?
  - T.a.v. beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
  - T.a.v. beschikbaarheid van diagnostische middelen?
  - T.a.v. beschikbaarheid van behandelmogelijkheden?
- Is onderzoek gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces?
  - Zo ja: Wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
  - Zo nee: Wat is de aanleiding om, wanneer nog geen calamiteiten zijn opgetreden, een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren?
- Hoe ver is het ziekenhuis met de implementatie van de richtlijn Operatief Proces voor spoedpatiënten?
- Hoe zijn de regionale afspraken met de regionale ambulancevoorziening?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en met andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

Het ziekenhuis behandelt groepen spoedpatiënten niet (geen data voor 2014, buiten de STEMI)

- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?
- Hoe zijn de regionale afspraken met de regionale ambulancevoorziening?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en met andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg als patiënten worden terugverwezen?
- Zijn er toch spoedpatiënten die het ziekenhuis in principe niet behandelt aangeboden aan het ziekenhuis en wat is met die patiënten gebeurd?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met electieve patiënten die een acuut probleem krijgen op een zorggebied dat het ziekenhuis niet meer aanbiedt?

3 Verpleegkundige zorg

U vindt de omschrijving van de verpleegkundige zorg en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 3 en delen van hoofdstuk 1, 4, 7, 10 en 11.

Op dit moment omvatten zeventien indicatoren in de basisset een medisch specialistische en verpleegkundige component. Om hierbij een gemeenschappelijk doel te bereiken en dus de beste verpleegkundige zorg te verlenen, is samenwerken op individueel, team-, ziekenhuis, bestuurlijk en koepelniveau noodzakelijk.
In dit HRT besteedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) specifiek aandacht aan de samenwerking. In de inleidende hoofdstukken bij de groepen indicatoren worden de vragen uit de algemene inleiding beantwoord voor de specifieke groep.

1 Wie werken (bestuurlijk) samen bij verpleegkundige zorg?

In 2012 hebben de samenwerkingspartners in de basisset geconstateerd dat de vertegenwoordiging van verpleegkundigen bij de ziekenhuiskoepels onvoldoende was voor de basisset, en dat aansluiting van V&VN als inhoudelijke koepel gewenst was. Met de toevoeging van deze koepel zijn nu steeds meer verpleegkundige verenigingen (ofwel V&VN afdelingen) op bestuurlijk niveau betrokken bij de ontwikkeling van indicatoren.
De inspectie vindt de toenemende multidisciplinair ontwikkelde indicatoren, waar zowel wetenschappelijke verenigingen als V&VN afdelingen bij betrokken worden, een zeer goede ontwikkeling. Door samenwerking op dit niveau kunnen risicogebieden vanuit breder perspectief geïdentificeerd worden en kunnen kwaliteitsindicatoren bredere risico's dekken. Voor samenwerking geldt: hoe meer (verschillende) partijen, des te belangrijker de voorwaarden voor 'collaborative governance' worden.

2 Wat is het gemeenschappelijke doel?

Het doel voor verpleegkundigen is simpel: de beste zorg verlenen. Voor het leveren van kwalitatief goede verpleegkundige zorg in ziekenhuizen is de medisch specialist verantwoordelijk voor de medische component en de verpleegkundige voor de verpleegkundige component. Echter, om het gemeenschappelijk doel, kwalitatief goede zorg, te kunnen bereiken, moet samengewerkt worden. Samenwerken in ziekenhuizen blijft lastig: in 2008 verscheen hierover een artikel in Medisch Contact: 'Maar liefst 95% van de verpleegkundigen en 77% van de artsen vindt dat in de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen nog veel moet verbeteren'[33]. De literatuur geeft verschillende verklaringen voor de soms moeizame samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit zou met name komen door de verschillen tussen beide beroepsgroepen, een medisch specialist heeft een sterke coördinerende rol, waar verpleegkundigen meer een operationele rol hebben[34] en artsen leren vroeg te werken in een competitief individuele

[33] http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsartikel/22162/Samenwerking-tussen-arts-en-verpleegkundige-moet-beter.htm

[34] Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. Journal of Interprofessional Care, 19(1), 188-196.

omgeving waar verpleegkundigen vroeg in hun carrière leren te werken in een team[35]. Eigen belangen ondergeschikt maken aan het gemeenschappelijk doel lijkt op ziekenhuis niveau gemakkelijker dan op bestuurlijk niveau. Bijvoorbeeld, de nieuwe indicator 'vast aanspreekpunt in de oncologische zorg' is met alle direct betrokken wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige groepen besproken. De betrokkenen vonden het een goede indicator, echter voor sommige van hen gold dit enkel wanneer zij dit aanspreekpunt waren. Het gemeenschappelijk doel: 'het zorgen voor een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt met oncologie' was nog niet in beeld.

3 Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?

In de inleiding wordt vertrouwen in deze context omschreven als: 'de inschatting dat de kans groot is dat iemand of een organisatie het afgesproken doel nastreeft en het bijbehorende gedrag vertoont'. Deze kans wordt dus groter als in de geschiedenis van de samenwerking is gebleken dat afspraken worden nagekomen. Op ziekenhuisniveau is het van de cultuur afhankelijk of vertrouwen tussen medisch specialisten en verpleegkundigen voldoende aanwezig is. Op bestuurlijk niveau speelt het opbouwen van een gezamenlijke geschiedenis óók een belangrijke rol. Op dit niveau staat samenwerking nog in de kinderschoenen. In 2014 is geïnventariseerd welke bestuurlijke relaties tussen organisaties van artsen en verpleegkundigen er zijn die nuttig zouden kunnen zijn in de basisset, hieruit bleek dat samenwerking minimaal was[36]. Er ontbreekt dus een geschiedenis waarop vertrouwen op gebouwd had kunnen worden.

4 Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?

De dialoog die gevoerd wordt tussen artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen kan open en op gelijkwaardig niveau zijn, al is dit lastig vast te stellen. Dit omdat er sprake kan zijn van een hiërarchische relatie tussen artsen en verpleegkundigen. Op bestuurlijk niveau wordt dit anders. Verenigingsbesturen van V&VN afdelingen en wetenschappelijke verenigingen moeten voor de basisset gelijkwaardig zijn. Zoals aangegeven in de inleiding van het HRT kan dit soms lastig zijn: 'gelijkwaardigheid tussen verenigingsbesturen moet ook geleerd worden'.
Voor ontwikkeling van indicatoren wordt gewerkt met gemandateerde vertegenwoordigers. De ontwikkelde indicator wordt vervolgens bestuurlijk vastgesteld. Daarnaast maakt een bestuur op voet van gelijkheid afspraken met een ander bestuur.

5 Hoe worden afspraken geformuleerd?

Op dit moment wordt in veel richtlijnen niet het volledige zorgproces omschreven, enkel het medisch specialistisch gedeelte van het zorgproces of enkel het verpleegkundige gedeelte van het zorgproces. Afspraken tussen wetenschappelijke verenigingen en verpleegkundige verenigingen worden nog minimaal gemaakt op bestuurlijk niveau. Al komt het in het basisset systeem steeds vaker voor dat besturen van wetenschappelijke

[35] Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. Journal of Interprofessional Care, 19(1), 188-196.

[36] HRT 2013, hoofdstuk Verpleegkundige zorg

verenigingen en V&VN afdelingen om tafel zitten, waardoor er ook steeds meer afspraken gemaakt moeten worden op bestuurlijk niveau.

6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

Op ziekenhuisniveau is de medisch specialist degene die de besluiten maakt, hij of zij is eindverantwoordelijk. Een open dialoog zou hierbij moeten bijdragen aan het horen van de visie van de verpleegkundige. Besluiten op bestuurlijk niveau, die betrekking hebben op artsen en verpleegkundigen, zouden ook zoveel mogelijk genomen moeten worden door de betreffende wetenschappelijke verenigingen en V&VN afdelingen. Inmiddels worden bij nieuwe indicatoren in de basisset ook meer verpleegkundige groepen betrokken bij de besluitvorming door medisch specialisten (en vice versa). Na het zoeken naar de beste manier om elkaar te betrekken bij de besluitvorming, wordt dit in 2015 steeds helderder.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de verpleegkundige zorg?

Het ziekenhuis heeft bij meerdere verpleegkundige zorgindicatoren een opvallende uitslag

– Wat is het (integrale) verpleegkundige beleid voor kwetsbare ouderen?
– Hoe komt het verpleegkundige beleid tot stand?

In de ontwikkeling van instellingen in relatie tot het screenings en bewakingsproces herkent de inspectie in het algemeen drie fasen: ontwikkelen van een infrastructuur, screening en bewaking/bijsturing. De onderstaande vragen hebben betrekking op de bewaking/screening in het ziekenhuis als geheel, niet slechts het verpleegkundig proces.

Fase 1

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog in, of voor fase 1 van de ontwikkeling van de infrastructuur (beleid, protocollen, beschikbaarheid personeel)

– Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
– Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
– Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?

Fase 2

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog niet verder dan fase 2 van het beleid (screening)

– Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
– Met welk percentage gescreende patiënten is het ziekenhuis tevreden en waarom?
– Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
– Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?
– Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, delirium, decubitus en pijn?
– Door wie aan wie en op welke wijze wordt die uitkomst gecommuniceerd?

Het percentage afdelingen waar wordt gescreend is bij meerdere indicatoren opvallend hoog

– Hoe verhouden de verschillende noemers zich tot de grootte van het ziekenhuis?
– Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
  - Zo nee: Waarop is de uitslag dan gebaseerd?

Fase 3

Het ziekenhuis is in staat gegevens van de screeningen systematisch te analyseren

– Leidt de geaggregeerde uitslag van de screening tot beleidsaanpassingen?

3.1 Wondzorg

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 3.1.

Indicatoren

- Wondexpertisecentrum.
- Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas classificatie.

Wat zijn de risico's

Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is verspreid over meerdere (para)medische specialisaties. In de zorgketen blijkt onderlinge communicatie over wondbehandeling gering. Wondbehandeling is daardoor versnipperd en veelal inefficiënt[37]. In snelle opvolging van zorgverleners worden verschillende therapieën met verscheidene doelstellingen voor eenzelfde cliënt voorgeschreven. Dit kan leiden tot uitstel van de meest effectieve behandeling, of tot opname in een ziekenhuis of een verpleeghuis. De patiënt blijkt vaak langer dan nodig geconfronteerd te worden met zijn lijden aan een (chronische) wond, evenals de gerelateerde pijnklachten en de resulterende beperkingen in zijn dagelijkse leven.
Frequente consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals een 'laagdrempeligheid' bij het voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen[38].
De patiënt heeft recht op goede wondzorg, waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing, onafhankelijk van waar de patiënt zich bevindt. In navolging van GrootBrittannië zien we ook in Nederland de opkomst van wondexpertisecentra met als kerntaken evidence based wondzorg, coördinatie in de keten en het verspreiden van expertise. Voor een goede behandeling van wonden is het belangrijk dat iedere regio beschikt over een wondexpertisecentrum met eenzelfde type organisatiestructuur.

Een concreet voorbeeld van patiënten die wondzorg behoeven zijn patiënten met een diabetische voetwond. Bij 3% van de patiënten met diabetes ontstaat een voetulcus. Meer dan 15% van deze patiënten heeft vroeg of laat te maken met een amputatie van (een deel van) de voet, onderbeen of bovenbeen[39,40]. Bij het ontstaan van een diabetische voetwond spelen vele factoren een rol. Inschatting van de mate van weefselperfusie is essentieel; bij ernstige ischemie zal genezing niet optreden, matige ischemie gaat gepaard met vertraagde wondgenezing en een slechtere prognose bij infectie. De inspectie vindt het daarom

[37] http://www.wcs.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/V_VN_bestanden/Indicatorenset_WEC_2012.pdf WCS, Indicatorenset wondexpertisecentrum Nederland, V&VN wondconsulenten, sept 2012.
[38] Ruckley C.V. Evidence-based management of patients with leg ulcers. 1997 J Wound Care 6(9): 442–4.
[39] Muller IS, Grauw WJ de, Gerwen WH van, et al. Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in Dutch primary health care. Diabetes Care 2002;25:570-4.
[40] Houtum WH van, Rauwerda JA, Ruwaard D, et al. Reduction in diabetes-related lower-extremity amputations in The Netherlands: 1991-2000. Diabetes Care 2004;27:1042-6.

belangrijk dat een ziekenhuis dit systematisch onderzoekt bij de evaluatie van de behandeling. Eenduidige classificatie is een voorwaarde voor een succesvolle landelijke registratie en voor verder gebruik van indicatoren. Internationaal bestaan er verschillende classificatiesystemen. De Wagner en Texas classificatie zijn de meest bekende. Omdat de Texas classificatie internationaal is gevalideerd, wordt in de basisset de Texas classificatie als standaard gebruikt.

Met de indicator wondexpertisecentrum krijgt de inspectie inzicht in de locaties en het aantal wondexpertisecentra. Daarnaast wil de inspectie met deze indicator bevorderen dat iedere patiënt met een voetwond verantwoorde multidisciplinaire zorg ontvangt.

Resultaten

Wondexpertisecentrum

Sinds 2013 zit het onderwerp Wondzorg in de basisset. Net als in 2013 hebben 93 ziekenhuizen de indicator over het wondexpertisecentrum ingevuld. In 2013 gaven 80 ziekenhuizen aan te beschikken over een wondexpertisecentrum dat voldoet aan de daarvoor gestelde eisen[41]. Dit aantal steeg in 2014 naar 86 ziekenhuizen. Van de 7 ziekenhuizen die niet beschikten over een wondexpertisecentrum beschikten 5 ziekenhuizen evenmin in 2013 over een wondexpertisecentrum en deze gaven de volgende verklaring: de wondzorg werd uitbesteed, het wondexpertisecentrum was nog in oprichting of voldeed nog niet aan de daarvoor gestelde eisen. MCL (Leeuwarden) gaf in 2013 aan wel te beschikken over een wondexpertisecentrum, maar in 2014 niet meer en geeft aan in de toelichting te verwachten per 1 juli 2015 te voldoen aan de gestelde criteria.

Figuur 3.1.1

Beschikbaarheid wondexpertisecentrum (n=93)



Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas classificatie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde gegevens zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

93 ziekenhuizen gaven aan diabetische voetwonden te behandelen en al deze 93 ziekenhuizen registreerden het aantal patiënten met diabetische voetwonden. 85 ziekenhuizen registreerden diabetische voetwonden volgens de Texas classificatie, een forse stijging ten

[41] Voor eisen zie: IGZ, Kwaliteitsindicatoren Basisset ziekenhuizen 2014. Zie p.47.

opzichte van 2013 waar 61 ziekenhuizen aangaven diabetische voetwonden volgens de Texas classificatie te registreren. De 8 ziekenhuizen die niet conform de Texas classificatie registreerden gebruikten andere systemen, waaronder eigen registraties, Wagner, SIMMS, PEDIS en TIME. Van de 8 ziekenhuizen gaven 2 ziekenhuizen aan begin 2015 te gaan registeren volgens de Texas classificatie. 2 ziekenhuizen, Alrijne Ziekenhuis (Leiden) en Gelre ziekenhuis (Zutphen), gaven aan én niet te registreren conform de Texas classificatie én niet te beschikken over een wondexpertisecentrum.

Figuur 3.1.2

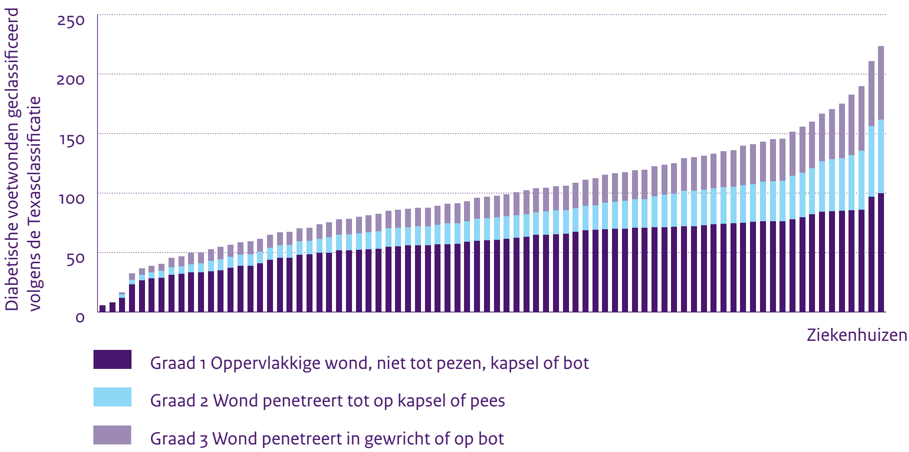
Gebruik Texas classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden (n=93)



Het laatste deel van de indicator toont de uitkomsten van de Texas classificatie. Van de 85 ziekenhuizen waar diabetische voetwonden volgens de Texas classificatie werden geregistreerd, hebben 80 ziekenhuizen de indicator ingevuld. De 5 ziekenhuizen die de indicator niet hebben ingevuld waren: Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk), Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden), Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven), UMCG (Groningen) en Rijnstate (Arhnem, Velp en Zevenaar). Meest genoemde toelichting was dat het nog niet mogelijk was om aantallen patiënten te tellen door implementatie van digitale registratie in het elektronisch dossier. In Texas graad 1 (oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot) zijn gemiddeld 46 (spreiding: 0-161) patiënten per ziekenhuis geclassificeerd, in graad 2 (wond penetreert tot op kapsel of pees) gemiddeld 17 (spreiding: 0-62) en in graad 3 (wond penetreert in gewricht of op bot) gemiddeld 16 (spreiding: 0-85) patiënten. Gemiddeld werd 58,4% van de patiënten graad 1 geclassificeerd, 20,6% graad 2 en 21% graad 3.

Figuur 3.1.3

Diabetische voetwonden geclassificeerd op graad volgens de Texas classificatie (n=81)



83 ziekenhuizen gaven aan in 2014 bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond het wondexpertisecentrum in te schakelen. Onder de 10 ziekenhuizen die niet het wondexpertisecentrum inschakelen waren o.a. de 7 ziekenhuizen waar geen wondexpertisecentrum beschikbaar is.

Figuur 3.1.4

Inschakelen wondexpertisecentrum bij behandeling van diabetische voetwonden (n=93)



Aandachtspunten voor de wondzorg en de daarbij horende indicatoren

Eenheid van beleid maakt resultaten beter voorspelbaar

In het HRT van 2013 is aandacht besteed aan de problemen bij het standaardiseren op één classificatie. Ondanks de nadruk die vanuit het zorgveld wordt gelegd op het corrigeren van uitkomsten voor risico, is er niet altijd even veel haast met het invoeren van een andere standaardisatie dan de in dat ziekenhuis gebruikte classificatie. Daarbij is het goede nieuws dat 24 ziekenhuizen overgegaan zijn op een uniforme standaard (een stijging van bijna 40%). Ook nu zijn er nog 8 ziekenhuizen die de registratie niet gestandaardiseerd hebben, naar de nu heel duidelijke Nederlandse standaard de Texas classificatie. Twee ziekenhuizen starten in 2015. De overige achterblijvers zullen dus zonder gewijzigd beleid niet in staat zijn om de voor 2015 ingezette uitkomstindicator aan te leveren.
Bij het opstellen van de uitkomstindicator samen met V&VN Wondexpertise kwam een van de voordelen van de standaardisering aan de orde. In de eerste versie van de indicator werd gevraagd naar de uitkomsten in graad 2 en 3 wonden. Daardoor moesten er te veel variabelen worden ingevuld en dreigde het variabelen budget overschreden te worden. Mede door de standaardisatie was duidelijk geworden dat er eigenlijk geen variatie was in de uitkomst bij patiënten in graad 3, uiteindelijk moest er bij dergelijke ernstige wonden, ofwel wonden met classificatie 3, (vrijwel) altijd geamputeerd worden. Binnen graad 2 was de variatie daarentegen zo groot dat het zinnig was om de uitkomst zichtbaar te maken. Hier leidt een standaardisatie dus tot het halveren van het aantal variabelen dat het ziekenhuis moet publiceren.

Beperking van de uitvraag kent nog kinderziektes, geen rekening gehouden met wonden aan beide benen.

Een patiënt kan meerdere wonden hebben. Bij de opzet van de indicator was uitgegaan van het vastleggen van de ernstigste, risicobepalende wond. Als die in graad 2 is ingedeeld moet die in 2015 in de indicator worden opgenomen. Door het niet uitvragen van wonden met graad 3 ontstaan er wel problemen. Als een patiënt meerdere wonden heeft aan beide benen en één wond op één been is ingedeeld in graad 3, dan tellen de andere wonden nu niet meer mee. Eventuele graad 2 wonden op het andere been verdienen dan nog steeds aandacht en mogelijkerwijs zelfs meer, maar vallen buiten de indicator. In een volgende versie van de indicator zal hier een oplossing voor moeten komen. Een oplossing kan ook zijn om de definitie ongewijzigd te laten. Niet alle groepen patiënten met risico's hoeven altijd opgenomen te worden. De groep patiënten waarbij de ergste wond beperkt is tot een wond met graad 2, is waarschijnlijk beter vergelijkbaar, dan een groep waarin patiënten zijn opgenomen met wonden aan twee benen, waaronder aan één zijde de wond met een graad 3 zo ernstig is dat een amputatie van meestal teen(en) en in enkele gevallen zelfs van het been onvermijdelijk is.

Samenwerking essentieel, maar de omvang van de samenwerking is nog onduidelijk.

Op basis van deze gegevens speelt de omvang van de wond aan het been een rol bij de keuzes van de behandeling van arterieel vaatlijden. Inmiddels is er een herziening in uitwerking van de richtlijn voor 'Diagnostiek en behandeling van arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit[42] (vaak veroorzaakt door diabetes)', maar daarbij was geen rol ingeruimd in de richtlijnwerkgroep voor inbreng van de wondzorg verpleegkundigen en voor de rol van de ernst van de wond. Op dit punt lijkt er nog sprake van twee gescheiden werelden tussen medisch specialistische zorg en verpleegkundige zorg.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beschikt niet over een wondexpertisecentrum en heeft hier geen toegang toe

- Welke afspraken zijn er in de regio voor het doorverwijzen van patiënten naar een wondexpertisecentrum?
- Hoe functioneert het pijnbeleid op afdelingen waar wondzorg wordt aangeboden?

Het ziekenhuis maakt geen gebruik van het Texas classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden

- Welke systeem gebruikt het ziekenhuis voor het classificeren van diabetische voetwonden?
- Welke richtlijnen worden gevolgd voor het opstellen van het beleid rond wondzorg?
- Doet het ziekenhuis aan benchmarking? Hoe scoort het ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen?

Het ziekenhuis maakt wel gebruik van het Texas classificatiesysteem, maar heeft in 2014 geen data aangeleverd

- Wat was de reden dat het ziekenhuis geen data heeft aangeleverd/ kon aanleveren?
- Indien deze reden te maken heeft met de implementatie van de registratie in het elektronisch dossier: is deze implementatie inmiddels afgerond? Zo niet: hoe waarborgt het ziekenhuis dat ze zelf wel inzicht hebben in de data en hier op kunnen sturen?

---

[42] NVvH (2005). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van arterieel vaatlijden van de onderste extremiteit.

3.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, paragraaf 3.2.

Indicatoren

- Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen.
- Behandeling van ondervoeding.
- Screening op ondervoeding op de polikliniek.

Wat zijn de risico's

Veel ziektebeelden gaan gepaard met een slechter wordende voedingstoestand en daarnaast komt bij oudere patiënten en chronisch zieken matige of ernstige ondervoeding voor. Het voorkomen of behandelen van ondervoeding draagt bij aan een sneller herstel na een operatie, of aan het beter doorstaan van een intensieve behandeling, bijvoorbeeld tegen kanker. Het is daarom soms nodig wanneer een patiënt een slechte voedingstoestand heeft een behandeling uit te stellen. Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht en eventueel gewichtstoename. Daarnaast kan het leiden tot een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters, zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Ook bij kinderen kan ondervoeding op korte termijn leiden tot een verlengde opnameduur en een verhoogde kans op complicaties. Op lange termijn kan dit bij kinderen leiden tot een vermindering van het IQ en een kortere definitieve lichaamslengte.

De eerste indicator richt zich op de screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen. Ondervoeding valt niet altijd direct op. Het screenen op ondervoeding bij opname is om die reden van belang voor de kwaliteit van de behandeling. Ondanks dat er in afgelopen jaren veel aandacht is besteed aan ondervoeding, loopt de incidentie bij ziekenhuisopname nauwelijks terug. Een reden hiervoor is dat het ondervoedingsprobleem al bestaat voor de opname. Daarnaast neemt de opnameduur in ziekenhuizen af, waardoor er tijdens de opname steeds minder tijd is voor de behandeling van ondervoeding. Verschuiving van ondervoedingszorg van de kliniek naar de polikliniek lijkt daarom een logische stap. Om die reden is de indicator screening op ondervoeding op de polikliniek in 2013 toegevoegd aan de set. In de toekomst is de bedoeling de indicator uit te breiden naar andere poliklinische hoogrisicoafdelingen[43]. De indicator behandeling van ondervoeding inventariseert bij ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte op de vierde opnamedag wordt gehaald. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is natuurlijk eerst een goede screening (op het risico) op ondervoeding nodig.

---

[43] Langius J, Leistra E, van Bokhorst M, Kruizinga H. Screenen van ondervoeding op de polikliniek noodzaak. Ned Tijdschr voor Voeding & Dietetiek | 2013;68(1).

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de opsporing van ondervoeding en vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenen van patiënten om de omvang van het probleem te inventariseren. De derde fase betreft het systematisch behandelen van ondervoeding. Deze verdeling in fasen wordt ook bij de vragen toegepast.

Resultaten

Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen

De indicator Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen is door 90 ziekenhuizen ingevuld, de overige ziekenhuizen behandelden geen kinderen. 71 ziekenhuizen maakten voor de screening gebruik van het instrument STRONGkids. De 19 andere ziekenhuizen gebruikten andere instrumenten zoals: groeidiagrammen/ curves, SNAQ, SDS, ONDEROB en de Growth Analyser.

Figuur 3.2.1

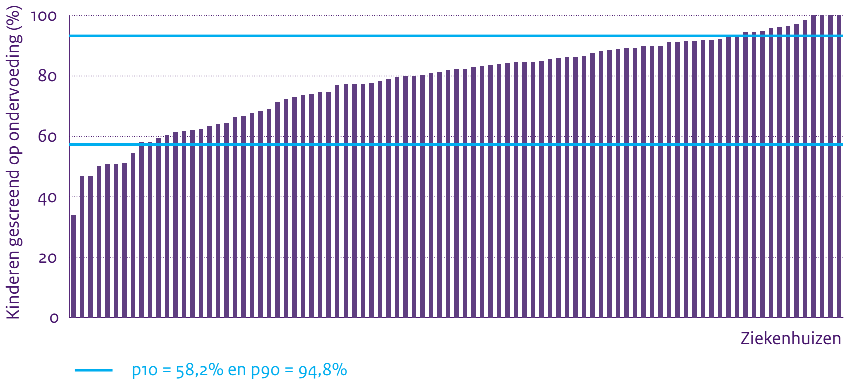
Screeningsmethode bij kinderen (n=90)



In 2014 zijn gemiddeld 78,8% (in 2013: 73,4%) van de kinderen opgenomen in de kliniek gescreend op ondervoeding. De verschillen in percentages tussen de ziekenhuizen namen licht af ten opzichte van 2013, maar waren nog steeds groot: er was een spreiding van 34% tot 100%. Het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) screende kinderen het minst op ondervoeding (34%), en gaf hierop geen toelichting. 4 ziekenhuizen gaven aan alle opgenomen kinderen op ondervoeding gescreend te hebben. Voor het aanleveren van de data gebruikten 13 ziekenhuizen een steekproef.

Figuur 3.2.2

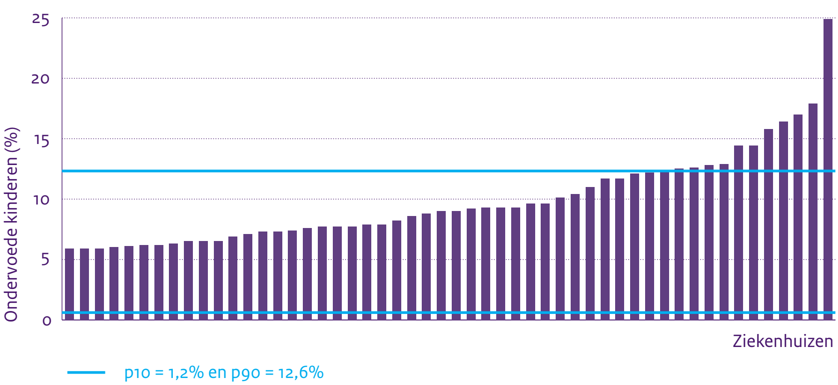
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding (n=91)



In 2014 werd gemiddeld 7% van de gescreende kinderen bij opname geclassificeerd als acuut ondervoed. In 2013 lag dit gemiddelde op 8,6%. Het Laurentius Ziekenhuis (Roermond) en de Sint Maartenskliniek (Boxmeer) geven aan geen acuut ondervoede kinderen geclassificeerd te hebben. Het Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade) is een uitschieter, hier werd het hoogste percentage (24,9%) acuut ondervoede kinderen in de kliniek opgespoord. Dit ziekenhuis screende 96,4% van de kinderen, maakte geen gebruik van een steekproef en gaf geen toelichting op het hoge percentage acuut ondervoede kinderen.

Figuur 3.2.3

Percentage ondervoede kinderen (n=89)

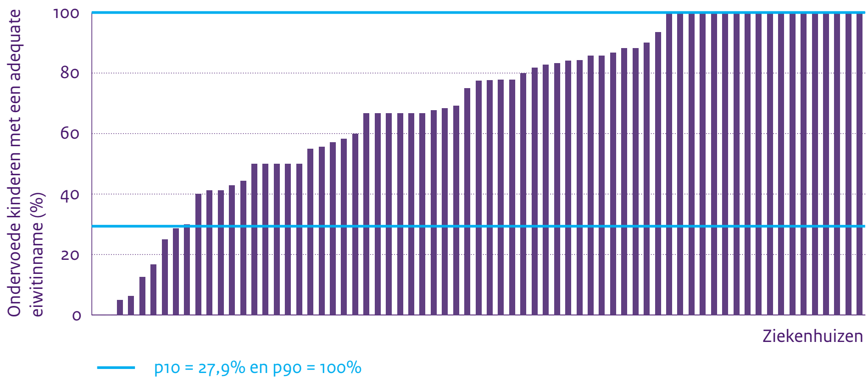


Behandeling van ondervoeding – kinderen

69 ziekenhuizen leverden gegevens aan. 7 ziekenhuizen gaven aan dat het aantal ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname en energie-inname op de 4e dag niet bekend is. De meeste van deze ziekenhuizen gaven aan dat het nog niet mogelijk was om deze gegevens uit het informatiesysteem te halen. 14 ziekenhuizen gaven aan het percentage niet te kunnen berekenen, omdat er geen kinderen met ondervoeding langer dan 4 dagen opgenomen waren. 48 ziekenhuizen gebruikten een continue meting om de eiwit- en energie-inname van kinderen te registreren. Dit zijn 20 ziekenhuizen meer dan in 2013. Ook al verdubbelde het aantal continue metingen, het aantal kinderen dat in de meting was opgenomen nam slechts toe met 20%, van 889 kinderen in 2013 tot 1067 kinderen in 2014. Het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwit en energie-inname op opnamedag 4 loopt net als in 2013 uiteen van 0% tot en met 100%, doordat lage aantallen kinderen geincludeerd worden in de indicator. Dat maakt het moeilijk de data goed te interpreteren. Opmerkelijk is dat het gemiddelde percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitopname op dag 4 van de opname daalde van 77,3% in 2013 naar 69,2% in 2014 en het gemiddelde percentage ondervoede kinderen met een adequate energieopname op dag 4 van de opname daalde van 75% in 2013 naar 65,8% in 2014.

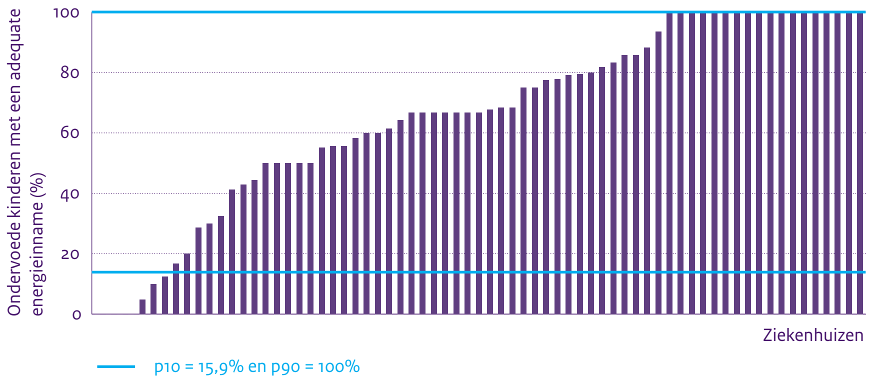
Figuur 3.2.4

Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op dag 4 van de opname (n=69)



Figuur 3.2.5

Percentage ondervoede kinderen met een adequate energie-inname op dag 4 van de opname (n=69)

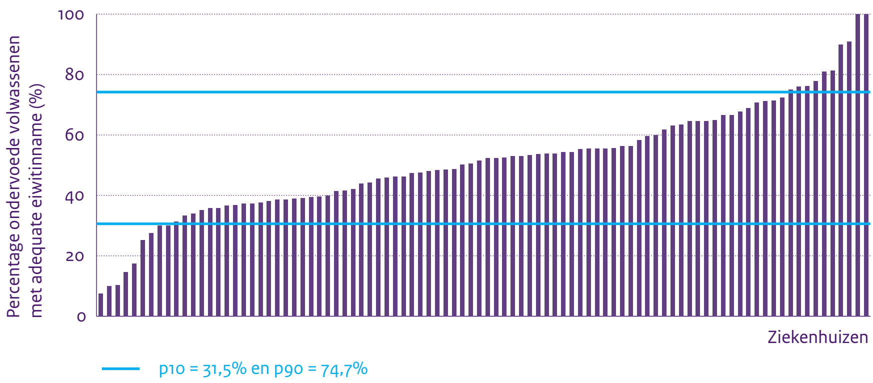


Behandeling van ondervoeding – volwassenen

Bij 3 ziekenhuizen is het aantal ernstig ondervoede volwassen patiënten met een adequate eiwitinname op de vierde opnamedag niet bekend. Dit betreft Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade), Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) en de Sint Maartenskliniek (Woerden). Deze ziekenhuizen gaven in de toelichting aan dat de registratie van behandeling van ondervoeding nog in ontwikkeling was of dat bleek dat er nog niet goed geregistreerd werd. 43 ziekenhuizen gaven aan dat er een continue meting was uitgevoerd (dit waren 10 ziekenhuizen meer dan in 2013, in 2013 gaven 33 ziekenhuizen aan dat er een continue meting was uitgevoerd). Het aantal volwassenen dat in de meting was opgenomen nam slechts toe met 23,3%, van totaal 25.737 volwassenen in 2013 tot 31.749 in 2014. Het percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname op opnamedag 4 is vrijwel hetzelfde gebleven als in 2013: 51,3% (in 2013 bedroeg dit 51,4%). De spreiding tussen ziekenhuizen is groot: het percentage varieert van 7,6% tot 100%.

Figuur 3.2.6

Percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname op dag 4 van de opname (n=92)

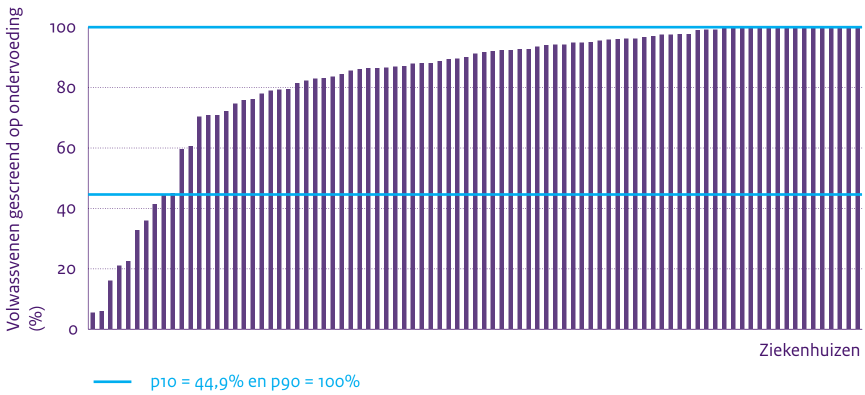


Screening op ondervoeding op de polikliniek – volwassenen

97 ziekenhuizen leverden gegevens aan. Hiervan gaven 8 ziekenhuizen aan dat het percentage patiënten niet bekend is dat tijdens de pre-operatieve screening in het verslagjaar gescreend is op ondervoeding. 7 ziekenhuizen gebruikten een ander screeningsmethode dan uit de richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding. In 8 ziekenhuizen waren geen schriftelijke afspraken gemaakt over het 'behandelbeleid op de Polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek' als de screening de uitslag 'ondervoed' heeft. Gemiddeld werd 82,9% van de volwassenen gescreend op ondervoeding, wat 3,8% meer is dan in 2013. De spreiding tussen de ziekenhuizen is groot: 5,6%-100%. Uitschieters waren het Flevoziekenhuis (Almere) en ZGT (Almelo en Hengelo): zij screenden respectievelijk slechts 5,6% en 6,1% van de patiënten op de polikliniek. Flevoziekenhuis gaf aan dat dit kwam door een misverstand onder medewerkers waardoor tijdelijk geen registratie had plaatsgevonden, inmiddels werden alle patiënten weer gescreend en de resultaten geregistreerd. In ZGT wordt pas vanaf 1 januari 2015 elke patiënt boven de 18 gescreend op ondervoeding.

Figuur 3.2.7

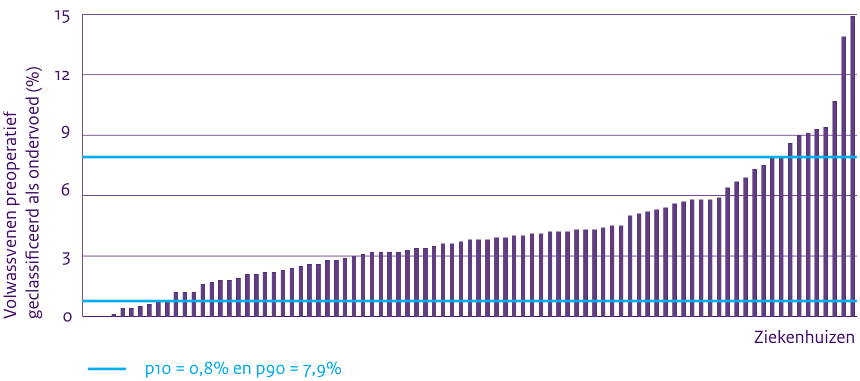
Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding op de polikliniek (n=87)



Gemiddeld werd 4,1% van de patiënten op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek geclassificeerd als 'ondervoed'. Dit percentage is gelijk gebleven als in 2013. Twee uitschieters waren het UMCG (Groningen) waar dit percentage lag op 14,9 en het LUMC (Leiden) waar dit percentage lag op 13,9. Hoewel deze aantallen ondervoede patiënten niet direct aan het ziekenhuis te wijten zijn, is het opmerkelijk dat het twee academische ziekenhuizen betreft.

Figuur 3.2.8

Percentage volwassenen preoperatief poliklinisch geclassificeerd als ondervoed (n=87)



Tabel 3.2.1

Kengetallen ondervoeding

	Gemiddeld (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen	78,8 (34-100)	82,1	4
Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief verpleegkundig onderzoek	82,9 (5,6-100)	91,3	14
Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	7 (0-24,9)	6,3	-
Percentage volwassenen op de polikliniek geclassificeerd als ondervoed	4,1 (0-14,9)	3,8	-
Ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname	69,2 (0-100)	77,5	18
Ondervoede kinderen met een adequate energie-inname	65,8 (0-100)	66,7	18
Ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname	51,3 (0-100)	52	2

Aandachtspunten voor de screening en behandeling van ondervoeding en de daarbij horende indicatoren

Samenwerken is complex ook bij indicatoren

De indicatoren uit de basisset worden geproduceerd door beroepsverenigingen voor gebruik door in ieder geval de inspectie. De beroepsverenigingen stimuleren op die manier beleid dat zij wenselijk vinden en de inspectie kan haar aandacht richten op instellingen die niet mee kunnen komen met dat beleid. De indicator ondervoeding bij kinderen is daar een uitstekend voorbeeld van. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) gaf aan dat de screening van ondervoeding bij kinderen niet van de grond kwam, wat samen met de screening van ondervoeding bij volwassenen/ouderen leidde tot een indicator die de ontwikkeling van screening zichtbaar maakte. In zes jaar steeg de screening van 20% naar 80%. Ook was er voldoende variatie in de uitslagen om dit een uitstekend toezicht-onderwerp te maken. Zo waren er ziekenhuizen die enige jaren hun verpleegkundigen vroegen om te screenen, zonder dat de resultaten werden gebruikt voor de behandeling. Dat levert risico op: demotivatie van het verpleegkundig personeel en gedemotiveerd personeel is minder alert. Een goede aanpak van ondervoeding vraagt dan ook inspanningen van meerdere beroepsgroepen, bijvoorbeeld van maag-darm-leverartsen, diëtisten en kinderartsen. Die multidisciplinaire samenwerking levert uitdagingen op in een structuur gericht op de samenwerking met individuele verenigingen. Bij welke beroepsgroep wordt een gezamenlijke activiteit ondergebracht? De basisset wordt geproduceerd door samenwerking met vele groepen, koepelorganisaties en hun leden en een toezichthouder. Daarin moet ook ruimte gevonden worden voor groepen die goed willen samenwerken.

Wat is de rol van een inspectie bij een indicator

De beroepsgroep stelt een indicator voor op het moment dat zij signaleert dat een essentiële ontwikkeling stagneert of niet van de grond komt. In dit geval was dat de screening en behandeling van ondervoede patiënten. Dat wil niet zeggen dat die beroeps-groep niet in staat is om grote delen van het systeem wel zelf te dragen. De indicator ondervoeding bij kinderen is daar een mooi voorbeeld van. De rol van de beroepsgroep is het aanreiken van de informatie over de ontwikkeling, de rol van de inspectie is het onvermijdelijk maken ervan. Als een verpleegkundige geen zin heeft in een screening en een leidinggevende geen zin in de discussie, bestaat er altijd het argument dat 'het moet van de inspectie'. Dat dit zo werkt blijkt onder andere uit mails die de inspectie ontvangt van ziekenhuizen. Het risico is dan wel dat de betreffende groep gaat afwachten tot 'de overheid' c.q. de inspectie actie onderneemt. Het is dan ook verheugend om te zien dat in dit geval de beroepsgroep zelf begin september na het registratiejaar een analyse van deze indicatorgegevens publiceert. Ziekenhuizen kunnen dan snel weten waar zij staan en kunnen passende maatregelen nemen. Ook in de analyse kan een beroepsgroep zijn eigen verantwoordelijkheid nemen!

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Fase 1 (ontwikkelen van infrastructuur) of fase 2 (screening)

Het percentage patiënten (patiënten op de polikliniek en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2014: op de polikliniek minder dan 44,9%, kinderen minder dan 58,2%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis is in fase 1)

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
  - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?
- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
  - Op ondervoeding?
  - Op het risico op delirium?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Op welke wijze wordt een patiënt geholpen bij het voorbereiden van de ingreep (zie aandachtspunt 2)?

Het percentage patiënten (patiënten op de polikliniek en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2014: op de polikliniek gelijk aan 100%, kinderen meer dan 94,8%)

- Is het totaal opgegeven aantal patiënten in de noemer in verhouding met de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld, is relatief laag (voor 2014: volwassenen minder dan 32,5%, kinderen eiwit minder dan 27,9%, energie minder dan 15,9%) of onbekend

- Waarom screent het ziekenhuis?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is het beleid voor het verzorgen van patiënten op de afdeling?
- Wat zijn de criteria voor het inschakelen van een diëtiste?
- Hoe zijn de percentages over de afdelingen verdeeld?
- Wat is het beleid voor het ontslaan van patiënten met (nog steeds) actieve zorgproblemen?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld is relatief hoog (voor 2014: volwassenen meer dan 74,7%, kinderen gelijk aan 100%)

– Is het totaal aantal patiënten in de noemer in verhouding met het aantal ondervoede patiënten in het ziekenhuis?
    - Zo nee: Hoe is de selectie gemaakt? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
    - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

3.3 Delirium

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 3.3.

Indicatoren

- Risico op delirium.
- Screening op en observatie van delirium.

Wat zijn de risico's

Delirium (plotseling optredende ernstige verwardheid) komt in ziekenhuizen vooral bij kwetsbare, oudere patiënten regelmatig voor. Tijdens een (acute) ziekenhuisopname ontstaat bij 10% tot 40% van de oudere, chirurgische patiënten een delirium. Delirium wordt gezien als een voorspeller van een langere opnameduur, een hogere mortaliteit tijdens en na de opname in een ziekenhuis en aanzienlijk hogere kosten[44,45]. Deze indicator is voor de inspectie een belangrijke maat voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. De indicator die zich richt op de eerste fase, de beschikbaarheid van een infrastructuur is in 2014 uit de set gehaald, omdat alle ziekenhuizen in 2013 beschikten over een ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol. In de tweede fase gaat het over het daadwerkelijk uitvoeren van screeningen van patiënten (aantal afdelingen, hoeveel patiënten, etc.). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt. De vierde fase (op dit moment geen indicatorvraag in de basisset) is het toepassen van de screening voor adequate preventie van delirium. Met de indicatoren in dit hoofdstuk krijgt de inspectie inzicht in de mate waarin ziekenhuizen grip hebben op de problematiek rondom delirium. Deze verdeling in fasen wordt ook bij de vragen toegepast.

Resultaten

Risico op delirium

Alle 96 ziekenhuizen die gegevens aanleverden gaven aan dat de afdelingen, waar bij opname structureel gescreend wordt op het risico op delirium, bekend zijn. In 50 ziekenhuizen, 8 meer dan in 2013, werd op 100% van de afdelingen bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder een risicoscore op delirium vastgelegd. Het gemiddelde percentage afdelingen waarbij structureel de risicoscore op delirium is vastgelegd was 88,8% (in 2013 lag dit percentage op 84,9) met een grote spreiding van 13,6% tot 100%. Twee uitschieters zijn Scheper Ziekenhuis (Emmen) en Radboudumc (Nijmegen) waar respectievelijk dit gemiddelde op 15,4% en 13,6% lag.

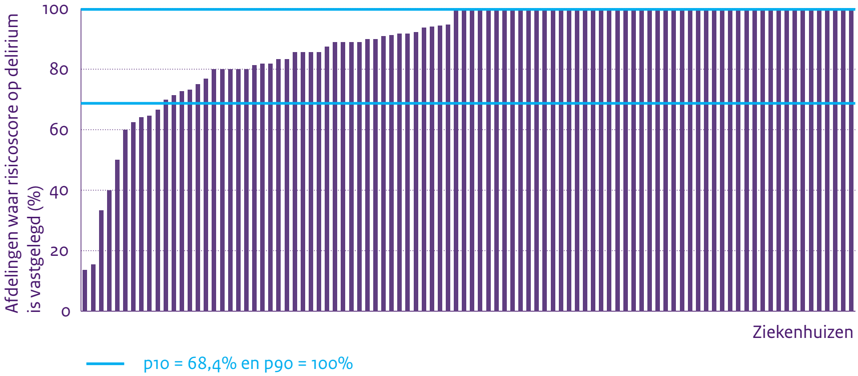
---

[44] Rooij de SE, Buurman BM, Korevaar JC, Van Munster BC, Schuurmans MJ, Laqaaij AM, et al. Co-morbidity in acutely hospitalised older patients as a risk factor for death in hospital or within 3 months after discharge. Ned. Tijdschr Geneesk. 2007 Sep 8;151(36):1987-93.

[45] Inouye SK, Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006 Mar 16;354(11):1157-65. Review. No abstract available. Erratum in: N Engl J Med. 2006 Apr 13;354(15):1655.

Figuur 3.3.1

Percentage afdelingen waar een risicoscore op delirium is vastgelegd bij meer dan 80% van alle patiënten van 70 jaar en ouder (n=96)

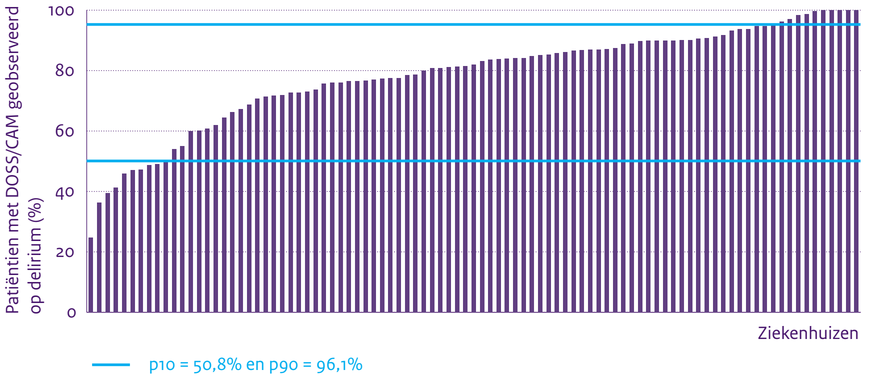


Screening op en observatie van delirium

96 ziekenhuizen leverden gegevens voor deze indicator aan. Oogziekenhuis (Rotterdam) en Sint Maartenskliniek (Boxmeer) gaven aan dat het aantal geobserveerde patiënten van 70 jaar en ouder met een verhoogd risico op een delirium niet bekend is, omdat de registratie nog niet optimaal was. Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) gaf ook aan dat dit aantal niet bekend was, maar gaf hiervoor geen toelichting. Gemiddeld werd bij 78,5% (in 2013 lag dit gemiddelde op 75,2%) van de patiënten met een verhoogd risico op delirium, tenminste eenmaal beoordeeld met DOSS (Delirium Observatie Screenings Schaal) of CAM (Confusion Assessment Method) op de aanwezigheid van delirium. De spreiding tussen ziekenhuizen lag tussen de 24,7% (uitschieter Gemini ziekenhuis, Den Helder) en 100%. 5 Ziekenhuizen scoorden 100%.

Figuur 3.3.2

Percentage patiënten met DOSS/CAM geobserveerd op delirium (n=93)



Aandachtspunten voor delirium en de daarbij horende indicatoren

De balans van het delirium, veel is bereikt, maar ernst en aandacht zijn niet in evenwicht

In de periode tussen de invoering van de indicator in 2010 en 2014 is veel veranderd in de bewaking van oudere patiënten die *at risk* zijn voor het ontwikkelen van een delirium. In het begin werden in de helft van alle ziekenhuizen op alle relevante verpleegafdelingen patiënten gescreend en bij bijna 80% van alle patiënten *at risk* werden observaties gedaan. In 2010 werden in 70 van de toen 97 ziekenhuizen op 56% van de afdelingen gescreend. Nu is dat bijna 90% binnen alle 96 instellingen die informatie geven. In die zin is er veel veranderd vanaf de publicatie van het inspectie rapport in 2005[46], dat de noodzaak signaleerde, maar waarin helaas geen data stonden over de uitgangssituatie. Ook gestimuleerd door een indicator vraagt het invoeren van een systematische bewaking tijd. Patiënten met een delirium ervaren meer ziektelast, hebben meer zorg nodig en sterven eerder. Het is een teken dat onze meest essentiële functie, het brein, uitvalt omdat aan de essentiële randvoorwaarden om goed te blijven functioneren niet wordt voldaan. De oorzaken van dat falen zijn gevarieerd, van onvoldoende oriëntatie in tijd en plaats door slaapgebrek, verstoring van het dag- en nachtritme, tot ernstige metabole en circulatoire afwijkingen. Veel medische interventies vergroten het risico op delirium. Delirium als symptoom is dus interessant genoeg om aandacht voor te vragen. In de richtlijn over delirium[47] wordt terecht gewezen op de wenselijkheid om een doorgemaakt delirium in de overdracht te vermelden. Hoe vaak dit gebeurt is niet uit onderzoek bekend, maar incidentele observaties van de patiëntenzorg laten zien dat een delirium eenvoudig gemist wordt en nog veel vaker niet wordt vermeld in een overdacht. Kortom, er is zeker reden tot tevredenheid over de situatie 10 jaar na het inspectie rapport, maar er is ook ruimte voor verwondering over het gebrek aan dynamiek in de algemene aandacht voor een ernstig probleem. Een hoopvol teken dat dit kan gaan veranderen is bijvoorbeeld onderstaande toelichting van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen).

‘In 2014 is wederom door de afdeling geriatrie van het CWZ een retrospectief statusonderzoek verricht naar aanleiding van de uitkomsten van de metingen door het jaar heen. Hierbij is steekproefsgewijs gekeken naar de oorzaken van het niet uitvoeren van een DOS bij een gescreend verhoogd risico op een delier. Evenals in 2013 kon in een heel aantal gevallen geconcludeerd worden dat een DOS als observatieinstrument niet meer van toepassing was bij opname, omdat reeds sprake was van een delier, dat in die gevallen ook als zodanig behandeld werd. Het VMS-thema kwetsbare ouderen was in het CWZ in 2012 al volledig geïmplementeerd. Opvallend in de analyse over 2014 is dat er bij een groot deel van de patiënten met een duidelijk verhoogd risico op delier, dit niet optrad gedurende opname. Wij zien hierin een aanwijzing dat onze ziekenhuisbrede aanpak van het probleem delier zijn vruchten afwerpt. We beraden ons op manieren om deze gevolgtrekking verder te onderbouwen met onderzoek’.

[46] Inspectie voor de Gezondheidzorg (2005): De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend.

[47] NVKG (2013): Richtlijn Delier bij volwassenen.

De inspectie is dan ook zeer geïnteresseerd in dat onderzoek. Het geeft aan wat met een goed beleid te bereiken is. Het is de moeite waard deze indruk te objectiveren.

Aandacht voor de patiënten buiten de screening

De screening op risico bij patiënten met een delirium is gebaseerd op een eenvoudig instrument dat nog zinnige resultaten op kon leveren; drie eenvoudige vragen die bij opname kunnen worden gesteld: 1) heeft de patiënt geheugenproblemen? 2) heeft de patiënt in de afgelopen 24 uur hulp nodig gehad bij zelfzorg? 3) zijn er bij een eerdere opname of ziekte perioden geweest dat de patiënt in de war was? Daarnaast was al bij het opstellen van die screening duidelijk dat er belangrijke groepen met een verhoogd risico op delirium buiten die screening zouden blijven. Levensstijl risico's als alcoholisme, iatrogene risico's als medicatiegebruik en aandoeningrisico's verhogen alle de kans op een delirium. Het risico bij het invoeren van een screeningsinstrument met drie vragen was dan ook dat ziekenhuizen daardoor minder aandacht zouden besteden aan de andere risico's voor delirium-verhogende factoren, waar niet naar gevraagd werd. De inschatting was op dat moment dat er zo veel patiënten ongesignaleerd *at risk* waren, dat de winst voldoende zou zijn. Tegelijkertijd is het wel belangrijk om die patiënten met een – om andere redenen – verhoogd risico op een delirium ook met een goed instrument te bewaken. Daarom werd gevraagd of ziekenhuizen die patiënten ook geïncludeerd hadden in de bewaking. Op dit moment zijn er nog 31 ziekenhuizen die aangeven alleen patiënten uit de screening te includeren in de indicator. Dit zou een probleem kunnen opleveren. Geruststellend is wel dat de ziekenhuizen op dit punt vrij uitgebreide toelichtingen geven om het door hen gevoerde beleid te verklaren. Dit wijst niet op het onbewaakt laten van grote groepen patiënten.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een deliriumbeleid (ontwikkelen infrastructuur)

Dit is volledig bereikt, ofwel alle ziekenhuizen hebben de benodigde infrastructuur ontwikkeld.

Het ziekenhuis is in fase 2 (ontwikkelen screening)

Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief laag (voor 2014: minder dan 68,4%)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore wordt genoteerd?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding en pijn?

Het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief hoog (voor 2014: 100%)

- Is het totaal aantal afdelingen/patiënten in de noemer in verhouding tot de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2014: minder dan 50,8%)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Wat is het beleid voor het volgen van een patiënt met verhoogd risico op delirium of met de diagnose delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie wordt genoteerd?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding en pijn?

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief hoog en daadwerkelijk gemeten (voor 2014: meer dan 96,1%)

- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium structureel geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium (de uitslag op deze indicator is gebaseerd op 4 metingen)?
- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium vaker dan één keer geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie worden genoteerd?
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens over het voorkomen van een delirium voor het inrichten van een preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

4 Intensive care

U vindt de omschrijving van de intensive care (IC) en de indicator die bij dit proces een rol speelt in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 4.

Indicator

– Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling.

Wat zijn de risico's?

Patiënten die zijn opgenomen op een IC vormen een kwetsbare groep en hebben een grotere kans om te overlijden[48]. Zij worden opgenomen op de IC, omdat de vitale functies verstoord of ernstig bedreigd zijn. Vaak is beademing noodzakelijk. Een patiënt moet worden opgenomen op een IC-afdeling die past bij de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de patiënt, met 24x7 beschikbaarheid van diagnostiek en voldoende formatie van intensivist, IC-arts en geregistreerd IC-verpleegkundigen. Kinderen vormen een bijzondere groep in de totale groep patiënten die wordt opgenomen op de IC. In de IC richtlijn[49] is de afspraak dat kinderen niet worden opgenomen op een IC voor volwassenen, tenzij dit noodzakelijk is voor overbrugging tot overplaatsing naar de kinder-IC mogelijk is. Deze indicator geeft Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) inzicht in de mate waarin dit beleid gevolgd wordt.

Resultaten

Beademingsuren kinderen op een IC-afdeling

Het blijkt dat 10 ziekenhuizen het totaal aantal beademingsuren geleverd hebben in plaats van de specifieke informatie voor kinderen. Inmiddels is bij de ziekenhuizen met de grootst aantal beademingsuren navraag gedaan naar de geleverde data. De hier gepresenteerde gegevens zijn niet gecorrigeerd.

91 ziekenhuizen leverden gegevens aan. In Spijkenisse Medisch Centrum is geen IC aanwezig. 39 ziekenhuizen gaven aan kinderen (<18 jaar) te beademen op een IC voor volwassenen en al deze 39 ziekenhuizen beschikten over een registratiesysteem voor beademingsuren op de IC. In de toelichting gaven de meeste ziekenhuizen aan dat het beademen van kinderen (<18 jaar) enkel ter overbrugging was tijdens overplaatsen van deze kinderen naar de kinder-IC.

[48] Focus IC. Jaarboek 2013. Stichting NICE. Juni 2014.

[49] NVA (2006). Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland.

Tabel 4.1

Kengetallen beademingsuren per patiënt onder de 18 jaar op een IC-afdeling (n=39)

Let op, deze gegevens zijn niet gecorrigeerd. Hierdoor zijn deze gegevens niet te vergelijken met 2013.

	<72uur: aantal patiënten	<72 uur: totaal aantal beademings-uren	72-120 uur: aantal patiënten	72-120 uur: totaal aantal beademings-uren	>120 uur: aantal patiënten	>120 uur: totaal aantal beademings-uren
Gemiddelde (n) (min.-max.)	98 (0-1.717)	1.408 (0-21.719)	10 (0-213)	973 (0-20.416)	22 (0-485)	9 (0-222)
Totaal (n)	3.825	54.905	397	37.927	838	347

Aandachtspunten voor de intensive care en de daarbij horende indicator

Gebrek aan voortgang nieuwe IC richtlijn remt ook indicatorontwikkeling

Het aantal indicatoren voor de intensive care is met ingang van 2014 sterk teruggebracht. De reden hiervoor is eenvoudig. De aspecten van een IC waar een inspectie naar kijkt zijn vooral sterk gelieerd aan de heersende richtlijnen. Er is door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) een aantal stappen gezet in het ontwikkelen van nieuwe indicatoren passend bij de te verwachten nieuwe richtlijn. Een voorbeeld daarvan was het voorstel om voor 2015 de *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) score van een intensive care zichtbaar te maken voor een IC. De SOFA score geeft een indicatie van de zorgzwaarte van de patiënt. De score geeft daarmee ook een indicatie over de mate waarin een patiënt past op een bepaald type intensive care. De voorgestelde indicator stuitte op groot bezwaar van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en werd in ieder geval uitgesteld tot het vaststellen van de richtlijn. Inmiddels is ook publiek duidelijk dat er nog een scherpe controverse is over de keuzes in de richtlijn. Dat leidt in ieder geval tot vertraging in de keuze van nieuwe indicatoren. Hier is dus het aantal (nieuwe) indicatoren een indicatie van de schade die de langlopende discussie over de richtlijn aanricht.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beademt veel kinderen en heeft veel beademingsuren bij kinderen op de volwassen intensive care

- Welke indicaties heeft het ziekenhuis voor het uitvoeren van behandelingen waarbij kinderen (tijdelijk) beademd moeten worden?
- Welke andere complexe behandelingen voert het ziekenhuis uit bij kinderen?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de grenzen van de eigen mogelijkheden bij het behandelen van kinderen? Wanneer plaatst een ziekenhuis kinderen over naar een PICU (Pediatrische Intensive Care Unit, een IC-afdeling voor kinderen)?
- Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met welk ander ziekenhuis over beleid bij kinderen?

Voor 2014 zijn de vragen reeds gesteld aan de ziekenhuizen die veel kinderen beademden en/of veel beademingsuren bij kinderen hadden opgegeven op een volwassen intensive care.

5 Oncologie

U vindt de omschrijving van de oncologie en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 5.

Kanker is een ziekte met veel verschijningsvormen. Oncologie is daarom per definitie een zeer heterogeen vakgebied. Er is een grote diversiteit aan specialismen en soorten professionals betrokken bij de zorg rondom oncologie patiënten. Dit maakt gestructureerde samenwerking noodzakelijk. Een goed Multi Disciplinair Overleg (MDO), waarbij inbreng van alle bij de ziekte horende medisch specialismen en verpleegkundige vertegenwoordiging gewaarborgd is, kan dit ondersteunen. De zorg rondom het gevorderde ovariumcarcinoom, in 2014 voor het eerst uitgevraagd in de basisset, vergt bij uitstek een goede samenwerking tussen de professionals, zowel rondom de operatie als de (timing van de) chemotherapie. Ook bij het proces van palliatieve radiotherapie op botmetastasen (eveneens in 2014 voor het eerst opgenomen in de basisset) is een goede en snelle samenwerking vereist tussen verwijzers en radiotherapie afdelingen. Zonder samenwerking kan er geen goede zorg aan oncologische patiënten gegeven worden, dit is een continue uitdaging.
In dit HRT besteedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) specifiek aandacht aan de samenwerking. In de inleidende hoofdstukken bij de groepen indicatoren worden de vragen uit de algemene inleiding beantwoord voor de specifieke groep.

1 Wie werken (bestuurlijk) samen in het oncologisch proces?

Het oncologisch proces bestaat uit een groot aantal parallelle processen, georganiseerd per tumorsoort. De organisatie bestaat, afhankelijk van de tumorsoort, uit meerdere diagnostische afdelingen (pathologie, radiologie, medisch microbiologie en klinische chemie) en verschillende therapeutische afdelingen: onder meer chirurgie, longgeneeskunde, urologie, gynaecologie, interne geneeskunde, radiotherapie en psychosociale ondersteuning.
Een goed georganiseerd MDO behoort deze samenwerking te faciliteren. Dan moeten de afspraken rondom wie er aanwezig is bij een (tumorspecifiek) MDO wel helder zijn. Het kan voorkomen dat er in ziekenhuizen nog geen vaste inbreng van de plastisch chirurg bij het MDO borstkanker is. Het niet betrekken van een specialist bij het MDO kan een teken van een slechte samenwerking zijn, maar dat hoeft, zoals bij elke indicator die afwijkend scoort, niet automatisch het geval te zijn. Navraag doen bij het ziekenhuis is dan essentieel.

In Hoofdstuk 10 wordt aandacht besteed aan de (nieuwe) indicator beoordeling kwetsbaarheid bij oudere patiënten die colonchirurgie, veelal voor een maligniteit, moeten ondergaan. Hierbij is de samenwerking met een generalistisch medisch specialist met ervaring op het gebied van geriatrie, nog voor de operatie, essentieel. Dat is niet altijd eenvoudig. Bij de deelname van de plastisch chirurg aan het MDO is aandacht besteed aan het verschil tussen betrokken worden bij een overleg, omdat de plastisch chirurg een bijdrage wil leveren én betrokken worden omdat de deelnemers aan het overleg de inbreng van een plastisch chirurg noodzakelijk vinden. Samenwerking van veel verschillende

groepen op de werkvloer vereist ook samenwerking van deze beroepsgroepen op bestuurlijk niveau. Soms vraagt de veranderende rol van een vakgebied om een andere positionering. De opkomende rol van DNA diagnostiek (de pathologie) is daar een voorbeeld van, net als de toegenomen rol van psychosociale zorg (de psychologie). Het grote aantal partners in een oncologisch proces maakt het moeilijk om volledig te zijn in de keuze van partners. Het grote aantal samenwerkingsrelaties maakt de kans op samenwerkingsproblemen groter. Die problemen bestaan vaak uit gebrek aan overzicht tussen de verschillende vakgebieden. Daardoor neemt het belang van goede coördinatie toe. Daaraan wordt aandacht besteed in een groepje nieuwe indicatoren gericht op coördinatie, ingevoerd in 2014 en 2016.

2 *Wat is het gemeenschappelijke doel?*

Het oncologisch behandeltraject omvat de diagnostische fase, besluitvorming in een MDO, de behandel fase en in voorkomende gevallen de palliatieve fase. Het gezamenlijk doel zou moeten zijn dit traject zo goed en tijdig mogelijk te doorlopen met de best mogelijke uitkomst voor de patiënt. Een behandeltraject dat uit meerdere modaliteiten bestaat (operatie, chemotherapie, bestraling, hormonale behandeling) vergt een goede onderlinge afstemming om tot het beste resultaat te komen.

3 *Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?*

Vertrouwen speelt een grote rol in het oncologisch zorgproces. De patiënt moet zijn behandelaar kunnen vertrouwen. Krijgt hij of zij de juiste behandeling aangeboden, inclusief toegang tot dure geneesmiddelen? Met de komst van de volumenormen mag de patiënt ervan uitgaan dat oncologische operaties door ervaren operateurs worden uitgevoerd. Voor de niet-chirurgische behandelingen zijn deze normen nog minder ver ontwikkeld. Tijdens inspecties over de handhaving van de normen valt regelmatig op dat dat vertrouwen nog moet groeien. Er zijn ziekenhuizen die de ingrepen die in een samenwerkingsverband worden uitgevoerd, allemaal individueel registreren. De motivatie daarvoor is dat zij er niet op vertrouwen dat een verwijzer voor een ziekenhuis zal kiezen als gepubliceerd wordt dat zij de betreffende ingreep niet uitvoeren. In die zin is het dubbel of driedubbel opvoeren van gegevens door ziekenhuizen in sommige regio's die deze ingrepen niet zelf uitvoeren een indicator voor het vertrouwen in die regio.
Een belangrijk punt is het vertrouwen dat de individuele leden van een MDO ook daadwerkelijk de MDO besluiten uitvoeren. Er is nog weinig inzicht in de mate waarin de adviezen van het MDO daadwerkelijk worden opgevolgd. En indien dit niet gebeurd, is men hier dan transparant over?
Tenslotte kan ook het vertrouwen tussen de professionals onderling onder druk komen te staan, met name wanneer er specialismen of individuele specialisten (oncologische) behandelingen dreigen kwijt te raken, of niet meer in hun eigen ziekenhuis mogen uitvoeren. In dit proces is goed polderen onontbeerlijk.

Ook op het niveau van de beschikbaarheid van data is vertrouwen noodzakelijk. Zijn de gegevens die beschikbaar zijn te vertrouwen. Dat komt ook vaak neer op vertrouwen in de organisaties die de gegevens verzamelen. Daar ligt wel een punt van zorg. In de afgelopen jaren heeft de inspectie gemerkt dat zich conflicten ontwikkelden rond het verzamelen en

beheren van informatie, of op het gebied van samenwerking (bijvoorbeeld tussen de integrale kankercentra, en tussen IKNL en DICA). Het goed oplossen van conflicten, vaak ontstaan door uit enthousiasme voortgekomen verschillen in inzicht, is goed voor het vertrouwen.

4 Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?

Met de komst van nieuwe technieken die kankerweefsel nader kunnen typeren, zoals bepaalde mutatiestatus, zijn behandelingen op maat mogelijk. Een heldere en open dialoog tussen pathologen en de behandelaars, alsmede tussen de behandelaars en de patiënten over de mogelijkheden en onmogelijkheden van hun behandelingen is hierbij essentieel. Op een ander niveau is ook een open dialoog vereist: het inzichtelijk maken van data uit de kankerregistraties behoort een gemeenschappelijk doel te zijn van de diverse instanties, zoals IKNL en de DICA, die hierbij betrokken zijn. De complexe structuur van de behandeling maakt het niet altijd eenvoudig om een open dialoog te voeren. Er zijn verschillende goede initiatieven om te komen tot een meer geformaliseerde netwerkstructuur waarbij behandelaars uit verschillende ziekenhuizen hun ervaring samenbrengen. Een bekend en goed voorbeeld is het ESPERANZ netwerk in Noord Holland. Daarbij raken dit soort samenwerkingsverbanden aan de belangen van vele, niet gelijkwaardige partijen. Een open interne dialoog binnen het netwerk is dan een uitdaging, laat staan dat het altijd extern duidelijk gemaakt kan worden aan o.a. de inspectie hoe de kwaliteit van het netwerk wordt gewaarborgd.

5 Hoe worden afspraken geformuleerd?

De SONCOS is een voorbeeld van een samenwerkingsverband tussen verschillende partijen waaruit inmiddels het derde normeringsrapport[50] voor de oncologische zorg is voortgekomen. In dit samenwerkingsverband is goed zichtbaar wat er gebeurt als verschillende groepen samenwerken. Gemeenschappelijke normen vragen om een gemeenschappelijke taal, maar het belang van de norm van een specifiek specialisme vraagt ook om het gebruiken van een specifiek jargon. Dat bevordert de samenhang in een gemeenschappelijk document niet. Het is echte winst dat normen momenteel worden samengebracht op één plek. Zonder dat samenbrengen is het erg moeilijk om die verschillen in formulering te zien. Het vraagt vervolgens een goed samenwerkingsproces en aandacht voor detail om te komen tot een eenduidige set normen, en dit proces is in volle gang. De komende tijd wordt het samenwerkingsverband SONCOS, in afstemming met de Federatie, verder geprofessionaliseerd.

6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

Een mooi voorbeeld van besluitvorming in de oncologie is de gezamenlijke besluitvorming: *shared decision making*. Alle relevante mogelijkheden, zoals ook soms niet behandelen, worden hierin tussen behandelaar en patiënt besproken. Ook dit is een vorm van samenwerking, op spreekkamer niveau.

---

[50] http://www.SONCOS.org/

Op bestuurlijk niveau is de besluitvorming even complex als het vakgebied. Methoden van besluitvorming variëren van juridische procedures tot zeer constructieve samenwerkingsverbanden om een specifiek probleem op te lossen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de oncologie?

Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg (MDO) bij meerdere tumorsoorten

- Behandelt het ziekenhuis patiënten met mammacarcinoom, longcarcinoom of urologische tumoren?
  - Zo nee, dan vervallen verdere vragen.
- Wat zijn de minimumeisen die het ziekenhuis stelt aan de samenwerking tussen medisch specialisten bij complexe patiënten?
- Is bekend welk percentage van de patiënten multidisciplinair besproken wordt (per tumorsoort)?
  - Zo ja:
    - Welke afspraken zijn er over het bespreken van oudere patiënten?
    - Zijn er afspraken over andere patiëntengroepen?
  - Zo nee: Hoe wordt het functioneren van de MDO's bewaakt?
- Wordt het inbrengen en het bespreken van patiënten geëvalueerd?
- Wordt de kwaliteit van de adviezen geëvalueerd?
- Welke eisen stelt het ziekenhuis aan de aanwezigheid van specifieke kennis bij een MDO?
  - Wanneer wordt besloten om een bespreking uit te stellen?
  - Kan een patiënt besproken worden als een hoofdbehandelaar afwezig is?
- Hoe is de regiefunctie geregeld voor oncologische patiënten?
- Welke regeling waarborgt continuïteit als een deel van de behandeling buiten het ziekenhuis plaatsvindt?

Het ziekenhuis neemt niet deel aan één of meer kwaliteitsregistraties voor de oncologie (voor 2014: Dutch Breast Cancer Audit (DBCA), Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA), Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) database prostatectomie) en behandelt de betrokken patiënten wel

- Voldoet het ziekenhuis aan de minimumvoorwaarden van de betrokken wetenschappelijke verenigingen?
- Wat zijn de criteria van het ziekenhuis voor het deelnemen aan een kwaliteitsregistratie?
- Welke andere kwaliteitsregistraties heeft het ziekenhuis?
- Welke rol speelt een oncologiecommissie bij het gebruik van gegevens?
- Krijgen specialisten uit andere delen van de keten inzage in resultaten van registraties?

5.1 Samenwerking

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.1.

Indicator

– Multidisciplinair overleg (MDO).

Wat zijn de risico's

Oncologische zorg is complex en er zijn verschillende specialismen en beroepsgroepen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, regie tussen de verschillende behandelaars, bijblijven in het eigen vakgebied en aangesloten blijven op de ontwikkelingen in het vakgebied van de collega specialismen van groot belang. Een goed MDO draagt bij aan de kans op overleven, de meest optimale behandeling voor de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling. Het hebben van een overleg is nog geen garantie voor goede samenwerking; het is niet meer dan de eerste belangrijke stap. Slechte samenwerking vormt daarentegen met zekerheid een bedreiging voor de kwaliteit van zorg.
Voor de inspectie zijn er meerdere redenen om het MDO op te nemen als indicator.
Zoals gezegd is een MDO noodzakelijk voor goede zorg. Daarnaast is een goed functionerend MDO voor een specifieke behandeling, met voldoende betrokken specialismen, een teken dat de infrastructuur van het ziekenhuis voldoende ontwikkeld is. Ook maakt het duidelijk dat er voldoende patiënten zijn om een specifiek MDO voldoende diepgang te geven. Een algemeen MDO waar alle patiënten met allemaal verschillende typen tumoren besproken worden is niet wenselijk en komt steeds minder voor. De onwenselijkheid is gelegen in de kans dat patiënten als 'hamerstukken' de revue passeren en dus niet echt worden gepresenteerd en overgedragen. Tevens bestaat het risico dat specialisten met een ander aandachtsgebied gaan waarnemen voor collega's met meer oncologische kennis en zo onvoldoende diepgang kunnen geven aan de bespreking. Het niet betrekken van een specialist bij het MDO is dan ook een teken van onvoldoende deskundigheid of van een slechte samenwerking, mogelijk ook buiten de oncologie.
Tijdens het onderzoek naar het oncologisch proces viel het op dat geen enkel ziekenhuis inzicht had in de mate waarin de adviezen van het MDO daadwerkelijk worden opgevolgd[51].
Het ontbreken van een duidelijk behandelplan, multidisciplinair opgesteld en gecoördineerd uitgevoerd, dat beschikbaar is voor alle betrokkenen is één van de risicofactoren voor slechte kwaliteit van zorg. Daarom is het MDO een aandachtspunt voor de inspectie.

Resultaten

Structurele aanwezigheid van plastisch chirurg bij MDO mammacarcinoom

In 98 ziekenhuizen werden patiënten behandeld voor mammacarcinoom en 88 ziekenhuizen (1 ziekenhuis meer dan in 2013) gaven aan dat de plastisch chirurg structureel

[51] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren, IGZ (2009).

aanwezig is bij het relevante MDO. De overige 10 ziekenhuizen gaven in de toelichting aan dat de plastisch chirurg niet structureel aanwezig is, maar dat deze wel (altijd) oproepbaar is om deel te nemen aan het MDO.

MDO bij urologische tumoren en longtumoren

Vrijwel alle ziekenhuizen die urologische tumoren en longtumoren behandelden (n=96) hadden een specifiek MDO voor het pre en postoperatief bespreken van deze tumoren.
De aantallen zijn nagenoeg gelijk gebleven aan vorig jaar.
De 3 ziekenhuizen die geen postoperatief MDO urologische tumoren hadden, gaven als toelichting dat de behandeling elders, of zeer beperkt in het eigen ziekenhuis plaatsvond. Alleen Bravis ziekenhuis (locatie Franciscus, Roosendaal) gaf geen toelichting voor het niet houden van dit MDO. 6 ziekenhuizen hadden geen postoperatief MDO longcarcinoom. Deze ziekenhuizen gaven aan dat de operatie elders plaatsvond.

Tabel 5.1.1

Aanwezigheid van een specifiek MDO (n=96)

	Preoperatief MDO	Postoperatief MDO
Urologische tumoren	96	93
Longtumoren	96	90

Aandachtspunten bij multidisciplinair overleg en de daarbij horende indicator

Het thema van dit HRT is samenwerking. De enige indicator die expliciet onder dit thema wordt uitgevraagd is het bestaan van een multidisciplinair overleg tussen de voor de behandeling essentiële specialisten. Een goed multidisciplinair overleg is een noodzakelijke voorwaarde voor verantwoorde zorg. Het heeft als zodanig ook een plaats gekregen in de normen. Tegelijkertijd is het hebben van een overleg geen afdoende voorwaarde. Een voorbeeld: een uroloog die werd aangesproken op het zelden deelnemen aan een MDO gaf dat duidelijk aan in zijn verklarende brief: 'de functie van een MDO is het achteraf witten van mijn besluiten'. Een dergelijk overleg is geen basis voor samenwerking. De inspectie ziet de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG[52] als richtlijn voor de vormgeving van samenwerking, al is een goede samenwerking meer dan het goed verdelen van de verantwoordelijkheid en het invullen van de randvoorwaarden, zoals een goed behandelplan en een goede dossiervoering. Kortom het is wel mogelijk om als inspectie 'veilige' randvoorwaarden te omschrijven, maar de samenwerking binnen die randvoorwaarden is aan de zorgverlener zelf. De lengte van behandeltrajecten van soms jaren vraagt ook om meer samenhang dan twee overleggen van 10 minuten in een MDO.

Definiëring binnen normen moeilijk bij structuurindicatoren

Het goed omschrijven van een infrastructuur eis blijkt in de praktijk niet eenvoudig. In de SONCOS normen worden goede stappen gezet om te komen tot een gemeenschappelijke set normen voor verantwoorde oncologische zorg. Een van de functies daarvan is helder te maken welke functies beschikbaar zijn op het moment dat ingewikkelde patiënten behandeld moeten worden. Als essentiële functies ontbreken, moet de patiënt naar elders worden verwezen. Het begrip beschikbaar is dan ook belangrijk. Het valt op dat er veel variatie is in de terminologie. Vaak worden er synoniemen gebruikt en door de netwerkvorming tussen ziekenhuizen wordt het steeds minder duidelijk waar welke functies aanwezig en dus beschikbaar zijn. Een klein voorbeeld: in 2014 is het samenwerkingsverband van Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam), Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) en BovenIJ Ziekenhuis (Amsterdam), die alle identieke data aanleveren, maar waarbij het BovenIJ aangeeft in de toelichting dat de zorgverlening over meerdere locaties is verdeeld en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis meldt in de toelichting dat alles op één locatie is geconcentreerd, zonder duidelijk te maken waar dat dan is. Samenwerking en transparantie gaan op dit moment in dit voorbeeld nog niet samen.

---

[52] KNMG (2010). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beschikt niet over een specifiek MDO voor patiënten met een urologisch carcinoom en/of longcarcinoom (voor start behandeling dan wel postoperatief)

- Hoe wordt gezorgd dat bij het MDO alle relevante disciplines (zie richtlijnen) op essentiële momenten – wanneer 'hun groep' patiënten aan bod komt – aanwezig zijn?
- Hoe vaak ontbreken de essentiële specialismen waardoor patiënten niet besproken kunnen worden?
- Heeft het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) onderzoek gedaan naar het functioneren van het MDO? Zo ja, waren naar hun mening alle relevante specialismen aanwezig?
- Van hoeveel patiënten is een daadwerkelijk verslag te vinden van een MDO zowel van voor start van de behandeling als postoperatief?

Het ziekenhuis beschikt wel over een specifiek MDO, maar geeft in de toelichting een voorbehoud aan

- Is er een groep oncologische patiënten die nooit in een MDO besproken wordt?
- Worden specialisten die weinig of geen patiënten inbrengen in een MDO daar op aangesproken? Zo ja, door wie?
- Wat is de status van de afspraken van een MDO in het ziekenhuis? Is de hoofdbehandelaar aanwezig bij het MDO, volgt uit het MDO het behandelplan, of heeft het MDO puur een adviserende (vrijblijvende) functie?
- Wordt geëvalueerd of adviezen van het MDO ook daadwerkelijk worden uitgevoerd?
- Wat gebeurt er als specialisten systematisch adviezen van het MDO naast zich neerleggen?

5.2 Borstkanker

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.2.

Indicatoren

- Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie.
- Deelname aan de NABON Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA)[53].
- Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten.

Wat zijn de risico's

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland en een belangrijke doodsoorzaak[54]. Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit van de zorg. De behandeling van borstkanker is complex en er zijn verschillende specialismen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, een goede regie van het zorgproces en bijblijven in het eigen vakgebied en bij de ontwikkelingen in het vakgebied van de collega specialismen van groot belang. Een duidelijk en voor alle betrokkenen toegankelijk behandelplan en een goede verslaglegging van de uitgevoerde (be)handelingen zijn cruciaal om verantwoorde zorg te kunnen leveren. Gekoppeld aan een tijdige en adequate behandeling draagt dit alles in belangrijke mate bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van haar of zijn leven na de behandeling van de ziekte[55]. De indicatoren voor borstkanker geven de inspectie een indicatie voor onderzoek van het gehele proces van de borstkankerzorg. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van borstkanker is van alle vormen van kanker over het algemeen het best georganiseerd. De borstkankerzorg kent ook goed uitgewerkte richtlijnen waarin kwantitatieve normen zijn opgenomen.

De betreffende indicatoren geven de inspectie dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van (de organisatie van) de kankerzorg in een ziekenhuis. Ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van borstkanker volgen elkaar snel op. De inspectie wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de NBCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Met de registratie krijgt de beroepsgroep inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en kan ze haar werk aantoonbaar verbeteren. Daarbij komt dat een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter

[53] De NABON Mammaregistratie en de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA) zijn vanaf oktober 2012 gezamenlijk verder gegaan onder de naam: NABON Breast Cancer Audit (NBCA).

[54] IKNL. Mammacarcinoom. Kankerzorg in beeld. Januari 2014.

[55] Overigens is de belangrijkste factor die het resultaat bepaalt het stadium waarin de ziekte zich bevindt aan het begin van de behandeling.

vergelijkbare, indicatoren in te stellen. Bij de indicator wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten wordt aandacht besteed aan andere fasen van de behandeling bij borstkanker, niet de chirurgie betreffende.

Resultaten

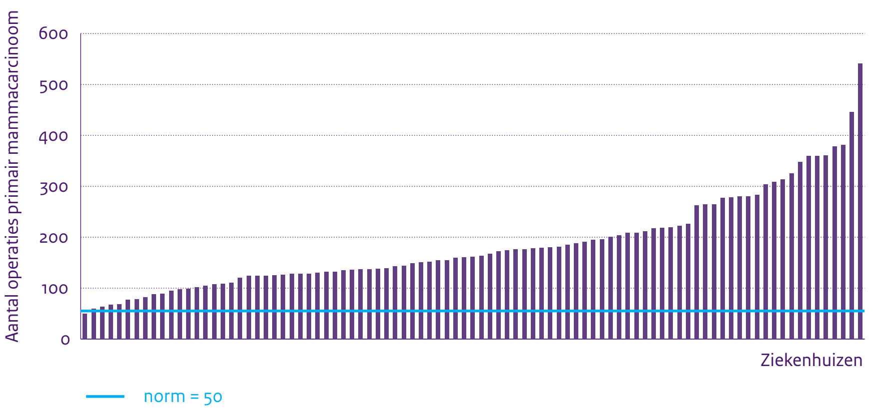
Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Bronovo (Den Haag), Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag), Flevoziekenhuis (Almere), AMC (Amsterdam), Bravis Ziekenhuis (locatie Franciscus, Roosendaal) en Bravis Ziekenhuis (locatie Lievensberg, Bergen op Zoom) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 2014 kregen volgens opgave in totaal 10.211 patiënten in 91 ziekenhuizen een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of Ductaal Carcinoma In Situ (DCIS)). Gemiddeld werden er per ziekenhuis 112 patiënten borstsparend behandeld, variërend van 21 tot 309 patiënten. In totaal werden in 2014 16.859 patiënten chirurgisch behandeld aan een primair mammacarcinoom. Het gemiddelde per ziekenhuis lag op 185 patiënten. De spreiding tussen ziekenhuizen liep uiteen van 50 tot 541 patiënten gemiddeld per ziekenhuis. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) stelt als norm dat een ziekenhuis tenminste 50 patiënten per jaar met primair mammacarcinoom behandelt[56]. Alle ziekenhuizen haalden deze norm in 2014.

Figuur 5.2.1

Aantal operaties primair mammacarcinoom in 2014 (n=91)

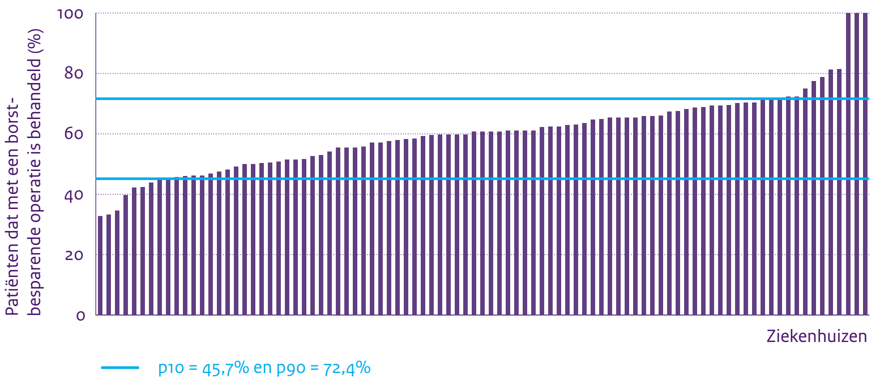


[56] Normering chirurgische behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

Gemiddeld kreeg in 2014 60,4% van de patiënten met een mammacarcinoom een borstsparende operatie, een stijging van 1% ten opzichte van 2013 (toen lag dit gemiddelde op 59,4%). De spreiding tussen ziekenhuizen is groot: 32,8% - 100%. Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem), ZGT (Almelo en Hengelo) en Isala (Zwolle) gaven aan bij 100% van de patiënten een borstsparende operatie te hebben gedaan. Een verklaring hiervoor lijkt te zijn dat deze ziekenhuizen alleen de data over borstsparende operaties hebben geleverd en niet het totale aantal operaties voor borstkanker. Met andere woorden betekent dit: 100% van de borstsparend behandelde vrouwen zijn borstsparend behandeld. Voor deze drie ziekenhuizen is daarom een gecorrigeerd percentage berekend: Slingeland 55%[57], ZGT 44% en Isala 65%, op basis van de gegevens uit een andere indicator voor het aantal patiënten aangeleverd aan de kwaliteitsregistratie voor borstkanker, de NBCA.

Figuur 5.2.2

Ongecorrigeerd percentage patiënten dat met een borstsparende operatie is behandeld (n=91)



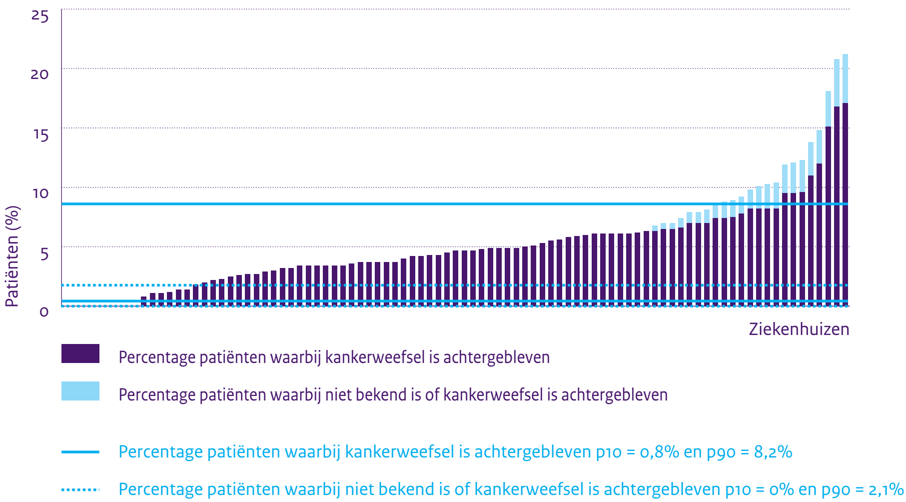
Bij 442 patiënten, van in totaal 10.211 patiënten, bleef kankerweefsel achter na een borstsparende operatie. Dit is gemiddeld bij 4,9% van de patiënten. Dit is een daling van 0,8 procentpunt ten opzichte van 2013, toen lag dit percentage op 5,7. De spreiding tussen ziekenhuizen bedroeg in 2014 0% tot 17,1%. De ziekenhuizen met de hoogste percentages waren: ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen (Terneuzen) met 15,1%, Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) met 16,8% en Medisch Centrum Alkmaar met 17,1%. In 2014 is dus geen enkel ziekenhuis uitgekomen boven de norm van 20% zoals is vastgesteld in de Richtlijn Mammacarcinoom uit 2012.

[57] Slingeland heeft dit ook opgemerkt en de inspectie later geïnformeerd dat bij een controle door SIRM gebleken is dat de tweede noemer 161 moet zijn, waardoor het percentage borstsparende behandelingen wijzigt van 89/161 = 55,2% in plaats van 89/89=100%.

68 ziekenhuizen wisten van alle patiënten of kankerweefsel was achtergebleven. 23 ziekenhuizen wisten dit niet voor alle patiënten. In totaal betrof het 44 patiënten waar het in ziekenhuizen onbekend was of kankerweefsel was achtergebleven, oftewel bij gemiddeld 0,5% van de patiënten na een borstsparende operatie was dit onbekend. De variatie per ziekenhuis liep uiteen van 0% tot 4%. Zowel het gemiddelde percentage patiënten waarbij het onbekend is of kankerweefsel is achtergebleven als de spreiding tussen ziekenhuizen is afgenomen ten opzichte van 2013 (gemiddelde in 2013 was 0,7% en de spreiding tussen ziekenhuizen was in 2013 0% tot 5,5%).

Figuur 5.2.3

Percentage patiënten na borstsparende operaties waarbij restweefsel is achtergebleven of waarbij dit onbekend is (n=91)

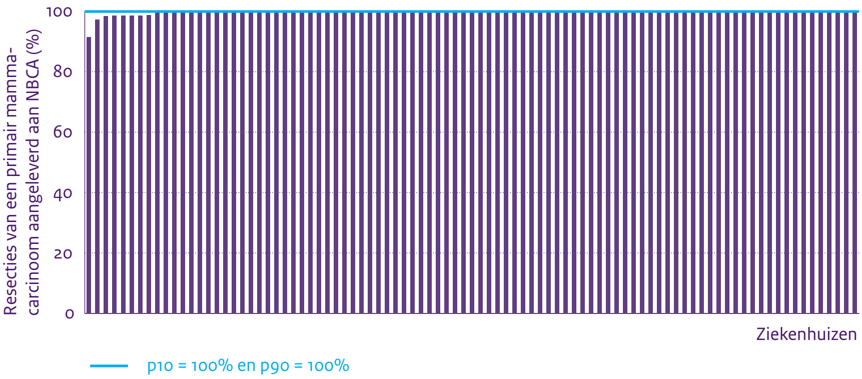


Deelname aan de NABON Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA)

Alle 91 ziekenhuizen hebben in 2014 gegevens aangeleverd aan de NBCA. Gemiddeld leverden ziekenhuizen 99,8% van de chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom, met een spreiding van 91,4% tot 100% tussen de ziekenhuizen aan het NABON. 83 ziekenhuizen hadden de gegevens van alle chirurgische resecties aangeleverd aan de NBCA.

Figuur 5.2.4

Percentage chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de NBCA (n=91)



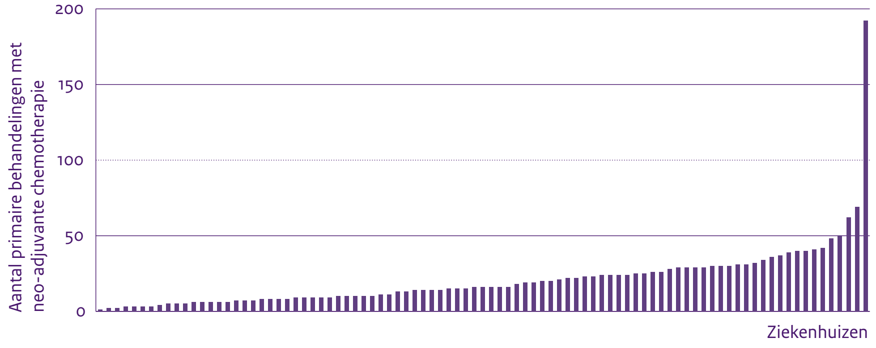
Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Bronovo (Den Haag), Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag), Flevoziekenhuis (Almere), AMC (Amsterdam), Bravis Ziekenhuis (locatie Franciscus, Roosendaal) en Bravis Ziekenhuis (locatie Lievensberg, Bergen op Zoom) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 2014 gaven 91 ziekenhuizen in totaal aan 1.906 patiënten neo-adjuvante chemotherapie. Dit zijn 345 patiënten meer dan in 2013. De spreiding tussen ziekenhuizen was groot: van 1 patiënt tot 192 patiënten per jaar die in het verslagjaar als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie kregen voor een nieuw gediagnosticeerd, invasief M0 mamma-carcinoom. Gemiddeld werd bij 81,7% van de patiënten binnen 5 weken na de diagnose gestart met de neo-adjuvante chemotherapie. Dit percentage liep uiteen van 10% tot 100% van de patiënten. 18 ziekenhuizen gaven aan dat bij 100% van de patiënten binnen 5 weken na de diagnose gestart was met de neo-adjuvante chemotherapie. De drie ziekenhuizen waarbij dit percentage het laagst was waren: Ziekenhuis Bethesda (Hoogeveen) met 33,3%, Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) met 31% en Tjongerschans (Heerenveen) met 10%. Tjongerschans gaf aan in de toelichting dat er een analyse gemaakt wordt waardoor dit wordt veroorzaakt en vervolgens zullen hier verbetermaatregelen op worden gezet. In 2013 werd gemiddeld bij 83% van de patiënten binnen 5 weken na de diagnose gestart met de neo-adjuvante chemotherapie, en dit percentage liep uiteen van 24% tot 100% van de patiënten. Ten opzichte van 2013 is het gemiddelde in 2014 licht gedaald en is de spreiding groter geworden tussen ziekenhuizen.

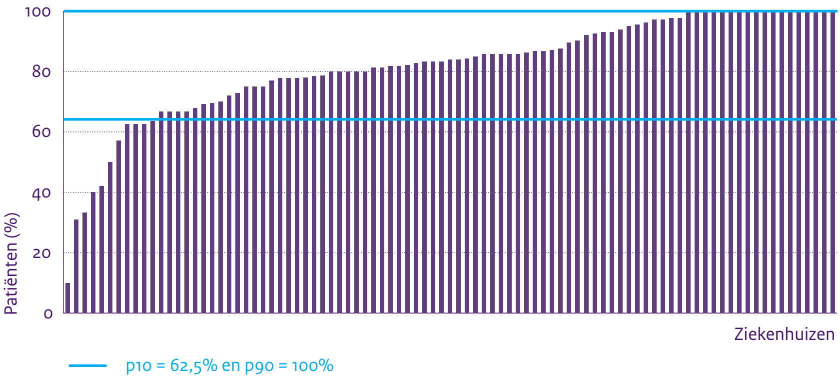
Figuur 5.2.5

Aantal patiënten met als primaire behandeling neo-adjuvante chemotherapie voor een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom (n=91)



Figuur 5.2.6

Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie (n=91)



Aandachtspunten voor de borstkankerzorg en de daarbij horende indicatoren

Chirurgie op orde en welke toezicht koers past daarbij?

Het beleid rond de indicatoren is in principe eenvoudig. De inspectie en wetenschappelijke vereniging stellen vast op welke punten de patiëntveiligheid risico's kent, door het opstellen van een risicoprofiel per specialisme. Vervolgens stelt een wetenschappelijke vereniging een indicator voor, die na toetsing wordt opgenomen in de basisset.
De indicator komt bij voorkeur uit de kwaliteitsregistratie voor het onderwerp. Als de data voorhanden zijn uit de kwaliteitsregistratie worden zij gebruikt om het risicoprofiel te toetsen. Binnen de basisset bestaat al langer aandacht voor borstkanker en de huidige generatie indicatoren rondom borstkankerzorg nadert het einde van hun levensduur. Daarom is gekeken welke gegevens uit de NBCA wijzen op de aanwezigheid van risico's binnen de chirurgische behandeling. Het opvallende hierbij is dat voor alle belangrijke onderdelen van de chirurgische behandeling de indicatoren laten zien dat de belangrijke risico's onder controle zijn. Alle uitslagen zitten op de streefwaarde met betrekkelijk weinig variatie. Dit is goed nieuws, maar op het moment dat een belangrijk deel van de zorg onder controle is of dat op basis van goede data lijkt te zijn, vraagt dit ook om nieuw beleid van een toezichthouder. Uitgaande van het principe van risico gestuurd toezicht moet dat leiden tot het sterk beperken van de uitvraag bij borstkankerchirurgie en het verplaatsen van de aandacht naar de elementen die nog minder onder controle zijn, bijvoorbeeld de behandeling met cytostatica, de radiotherapie, de psychosociale ondersteuning en de palliatieve zorg. Onderwerpen genoeg dus. Tegelijkertijd zal de chirurgie minder aandacht krijgen. Dat laat ook het probleem zien van het ontwikkelen van indicatoren voor patiënt, verzekeraar en toezichthouders. Chirurgie bij borstkanker heeft zijn risico's onder controle, dat wil niet zeggen dat een patiënt geen informatie over chirurgie wil hebben om te kiezen tussen zorgaanbieders, of dat een zorgverzekeraar bij alle aanbieders moet inkopen. Zij hebben allen hun eigen verantwoordelijkheid.
De inspectie gaat verder, op zoek naar andere risico's, in gebieden die nog niet in kaart zijn gebracht, met eigen vragen.

Neo-adjuvante therapie en tumorresten

Het Antoni Van Leeuwenhoek Ziekenhuis (Amsterdam) geeft twee opvallende uitsplitsingen in de toelichting voor de indicator tumorresten. De uitsplitsing die zij geven tussen 'gewone' tumoren en DCIS is logisch. Alleen het relatief grote aantal tumorresten na neo-adjuvante therapie roept vragen op. In de eerste plaats over het gebruik van een toelichting bij indicatoren als communicatiemiddel. Een van de redenen voor het geven van neo-adjuvante therapie is het kleiner maken van een tumor, zodat operatie mogelijk is. Dit zijn tumoren die in eerste instantie niet borstsparend geopereerd zouden kunnen worden, zonder voorbehandeling. Het ligt voor de hand dat deze groep vaker voorkomt in een gespecialiseerd centrum. Het ligt ook voor de hand dat als zo'n gespecialiseerd centrum specifieke gegevens geeft, ze ook de toelichting geeft die de lezer in staat stelt om de gegevens te interpreteren. Het gaat niet over het leveren van indicator gegevens als geïsoleerd gegeven, maar over het duidelijk maken dat de zorg op dat punt onder

controle is. Dus uitsplitsen is prima, maar dan wel in een context die de toezichthouder in staat stelt het gegeven op waarde te schatten.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is de benodigde infrastructuur nog aan het ontwikkelen en daarmee in (het voorstadium van) fase 1 van het beleid

Dit is volledig bereikt, ofwel alle ziekenhuizen hebben de benodigde infrastructuur ontwikkeld.

Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (uitvoeren metingen)

Bij meer dan 1 patiënt is niet bekend of tumorweefsel na een operatie voor borstkanker is achtergebleven

- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak?
- Zijn de pathologieverslagen compleet, leesbaar en gestructureerd en wordt de landelijk gebruikelijke classificatie toegepast?
- Wat is het beleid bij patiënten van wie geen duidelijke uitslag aanwezig is en bespreekt het ziekenhuis dat met de patiënten?

Het percentage opgenomen patiënten in de NBCA is relatief laag (voor 2014: minder dan 100%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van mammacarcinomen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Hoe zorgt het ziekenhuis dat het uptodate blijft wat betreft nieuwe en verbeterde behandelingen?
- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de NBCA registratie?

Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage opgenomen patiënten in de NBCA te kunnen berekenen

- Het ziekenhuis lijkt hiermee niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de NVvH te voldoen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het op dit moment wel aan deze minimum kwaliteitsnormen voldoet?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van mammacarcinomen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Hoe zorgt het ziekenhuis het uptodate blijft wat betreft nieuwe en verbeterde behandelingen?

Het ziekenhuis heeft minder dan 50 patiënten met een mammacarcinoom chirurgisch behandeld
In 2014 was er geen ziekenhuis dat minder dan 50 patiënten met een mammacarcinoom chirurgisch had behandeld, waardoor hier geen vragen over opgenomen worden.

Het percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom dat uiterlijk 5 weken na de PA-diagnose (pathologie diagnose) is gestart met neo-adjuvante chemotherapie is relatief laag of relatief hoog (voor 2014: minder dan 62,5% respectievelijk 100%)
– Welk beleid heeft het ziekenhuis voor het invoeren van nieuwe behandelmethoden?
– Heeft het ziekenhuis een risicoanalyse of evaluatie uitgevoerd?
– Zijn er afspraken gemaakt over eventueel doorverwijzen van patiënten voor neo-adjuvante therapie met andere ziekenhuizen?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van meetgegevens)

Het percentage geopereerde borstkankerpatiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief hoog (voor 2014: meer dan 8,2%)
– Welke analyse heeft het ziekenhuis zelf toegepast?
– Hoe is het differentiatiebeleid van het ziekenhuis?
– Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de operateurs?
– Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de radiologen bij radiologisch gelokaliseerde niet palpabele mammacarcinomen?
– Is volledige preoperatieve diagnostiek mogelijk?
– Hoe zijn de mammapoli en het MDO geregeld?

Het percentage geopereerde borstkankerpatiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief laag (voor 2014: minder dan 0,8%)
– Doet het ziekenhuis onderzoek naar de tevredenheid van vrouwen over het cosmetisch resultaat?
– Wat is daar de uitslag van?
– Welke onderwerpen komen aan de orde bij het informed consent (toestemmingsgesprek)?
– Hoe verhoudt het aantal borstsparende operaties zich tot het aantal borstamputaties?
– Hoe is de trend over de laatste vier jaar in de verhouding borstsparende ingrepen/borstamputatie?

5.3 Longchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.3.

Indicator

- Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd.

Wat zijn de risico's

De anatomische resectie van een long of een deel ervan is een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een hoger risico op tijdelijke of permanente schade of om te overlijden. Het uitvoeren van deze hoogrisico operaties stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het peri- en postoperatieve proces op peil blijft.
De inspectie vindt het belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van riskante, zeldzame ingrepen. Deze ingrepen (waaronder ook sommige vormen van scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor. Vanaf het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. De NVvH en de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) hebben bepaald dat wanneer een ziekenhuis verantwoord longchirurgie wil aanbieden, tenminste twee (voor de algemene heelkunde gecertificeerde) specialisten zich specifiek op de longchirurgie dienen toe te leggen. Daarnaast wordt het aantal van 20 anatomische resecties per jaar per team als uiterste minimum gezien voor het leveren van verantwoorde zorg. Voor de cardiothoracaal chirurgische centra is besloten een minimum te hanteren van 50 anatomische resecties[58]. Als in een ziekenhuis 2 aparte maatschappen zijn, die los van elkaar opereren dan is de volumenorm 70. Is het een gemengd team dan is het afhankelijk van welke chirurgen eindverantwoordelijk zijn. Zijn de thoraxchirurgen eindverantwoordelijk dan is de volumenorm 50, zijn de longchirurgen eindverantwoordelijk dan is de volumenorm 20. Het is belangrijk dat het ziekenhuis beschikt over goede data om het eigen beleid te evalueren en om verwijzers (en patiënten) in staat te stellen een verantwoorde keuze te maken. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten in ziekenhuizen zich conformeren aan de normen gesteld door de beroepsgroep.

Resultaten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg), TweeSteden ziekenhuis (Tilburg), Bronovo (Den Haag), het Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

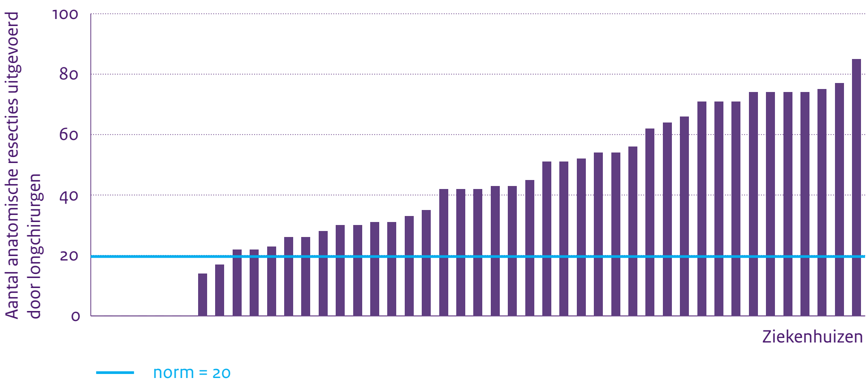
In 2014 werden in 49 ziekenhuizen anatomische resecties van de long uitgevoerd.
In al deze ziekenhuizen was het aantal uitgevoerde anatomische longresecties bekend.
In totaal werden in de 49 ziekenhuizen 2670 longresecties uitgevoerd. Ziekenhuizen

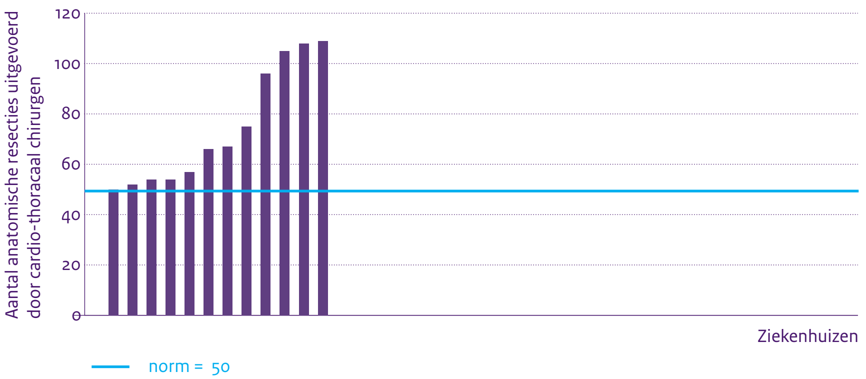
[58] Ledenvergadering NVT april 2011

deden gemiddeld 55 resecties met een minimum van 14 en een maximum van 132. In 36 ziekenhuizen deden alleen de longchirurgen de resecties, in 10 ziekenhuizen alleen de cardiothoracaal chirurgen en in 3 ziekenhuizen beiden. In 2 ziekenhuizen, VieCuri (Venlo en Venray) en Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede) werden minder dan 20 resecties uitgevoerd door de longchirurgen. VieCuri deed 14 resecties en Spaarne Ziekenhuis deed 17 resecties, wat verder niet werd toegelicht. VUmc (Amsterdam) en AMC (Amsterdam) waren de enige ziekenhuizen waar minder dan 50 resecties werden uitgevoerd door de cardiothoracaal chirurgen (48 in AMC en 33 in VUmc). Deze aantallen werden niet door de ziekenhuizen nader toegelicht. VUmc haalde wel de gecombineerde volumenorm doordat in dit ziekenhuis 42 resecties door longchirurgen werden uitgevoerd. Medisch Spectrum Twente (Enschede) heeft bij zowel de long-, als de cardiothoracaal chirurgen het aantal van 51 resecties ingevuld, omdat zij (net als in 2013) de aantallen niet kunnen uitsplitsen naar specialisme. Het ziekenhuis gaf de volgende toelichting: ‘Een team bestaande uit longchirurgen en cardiothoracale chirurgen voeren de anatomische resecties uit, waarbij zowel de longchirurg als de thoracale chirurg bij de ingreep aanwezig is.’.

Figuur 5.3.1

Aantal anatomische resecties, uitgevoerd door alleen longchirurgen (36), door alleen cardiothoracaal chirurgen (n=10) of door een team van longchirurgen en cardiothoracaal chirurgen (n=3)





Aandachtspunten voor de zorg bij longchirurgie en de daarbij horende indicatoren

Omgaan met normen geeft inzicht in de samenwerking.

In HRT 2013 is aandacht besteed aan het bestaan van twee aparte normen voor longchirurgen en thoraxchirurgen. Als beide groepen artsen de behandeling apart uitvoeren moeten ze beiden voldoen aan de norm van de eigen beroepsgroep. Daarvan uitgaande is de norm in dat geval 70 ingrepen per jaar. Als beide groepen goed overleg hebben zijn er meerdere modellen mogelijk. De beide groepen kunnen in goed overleg besluiten wie het best is toegerust voor de behandeling van deze groep patiënten, als het kan op basis van goed vergelijkbare uitkomstdata of een andere manier om de meest geschikte groep te kiezen. Een alternatief is om te kiezen voor een van de twee vakgroepen als regisseur/eindverantwoordelijke en de andere groep te integreren. Dat heeft als voordeel dat de specifieke expertise van beide specialismen kan worden ingebracht, terwijl er toch samen ervaring wordt opgebouwd en er een duidelijke eindverantwoordelijke is. Dit is het model waarvoor Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam)/Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) koos. De andere versie van dit model wordt uitgewerkt in de toelichting van het Medisch Spectrum Twente. In dit model werken de twee specialismen samen tijdens de ingreep, beide zijn betrokken en leveren één operateur per ingreep. Er is geen eindverantwoordelijke groep, maar de uitwisseling is optimaal. Zolang er nog geen samenhangende minimumnorm is, is het aan de inspectie om deze minimumnorm te interpreteren en dus te handhaven. Vooralsnog lijkt er geen reden om een van deze modellen uit te sluiten. Veel minder duidelijk is de situatie in het VUmc. Hier melden beide vakgroepen de volgende aantallen ingrepen: 42 voor de longchirurgie en 33 voor de thoraxchirurgen. Het in het ziekenhuis gebruikte samenwerkingsmodel is niet nader toegelicht. Het ziekenhuis zal in ieder geval de vraag moeten beantwoorden waarom één van de twee groepen niet aan de norm voldoet en toch blijft opereren. Hierbij moet ook een rol spelen dat de samenwerkingscultuur rond de chirurgische behandeling van longpatiënten in het verleden in het VUmc slecht was. Dat moet niet tot een automatisch oordeel leiden, maar het ontbreken van een toelichting op deze uitslag in deze situatie is een reden om nadere vragen te stellen.

Verdeling van longpatiënten over Nederland: een indicatie van de samenwerking tussen ziekenhuizen en voor transparantie.

Een toenemend aantal ziekenhuizen werkt samen bij de behandeling van hoogrisico patiënten zoals de groep patiënten met een longresectie. Veel van deze ziekenhuizen geven de samenwerkingsrelatie weer en melden de geopereerde aantallen op de locatie waar de ingreep is uitgevoerd. Dit komt overeen met de definities uit de basisset, de afspraken en normen van de SONCOS en niet onbelangrijk, de werkelijkheid. De aantallen zijn te verifiëren. Gebruikers die via de website van ziekenhuistransparant de gegevens inzien weten wie welke ingrepen uitvoert, passend bij het begrip transparantie. In het verleden waren er ziekenhuizen die samenwerkten en die de ingrepen uitgevoerd op verschillende locaties optelden en op elke locatie afzonderlijk het totaal opgaven. Die situatie wordt aangepakt zodra hij wordt aangetroffen, omdat duidelijk is dat die én niet transparant is

én niet aan de normen voldoet. Tegenwoordig komt er wel een andere variant voor. In dit geval melden enkele ziekenhuizen het totaal van de op één locatie uitgevoerde ingrepen op alle samenwerkende locaties. Die situatie is ook niet volgens de normen. Er worden in ieder geval operaties gemeld die nooit zijn uitgevoerd. Het samenwerkingsverband van Medisch Centrum Haaglanden, Bronovo en Groene Hart Ziekenhuis geeft samen 222 ingrepen aan, terwijl er in werkelijkheid 74 zijn uitgevoerd. Als de toelichting goed wordt gelezen is voldoende duidelijk dat het hier echt 74 ingrepen betreft, maar een duidelijke toelichting wordt niet door elk ziekenhuis gegeven (eenzelfde houding heeft hier het TweeSteden ziekenhuis en het St. Elisabeth ziekenhuis (142 in plaats van 71)). Dat was ook de verklaring van de ziekenhuizen in 2014 toen zij hier voor het eerst op werden aangesproken. De vrees is dat patiënten die nul ingrepen bij een bepaald ziekenhuis/locatie lezen, niet meer naar dat ziekenhuis komen voor een behandeling. Het ziekenhuis kreeg toen een jaar om deze communicatie goed te regelen, maar is daar kennelijk nog steeds niet in geslaagd. Het is dan wel opvallend dat zoveel andere ziekenhuizen wel vertrouwen hebben in het vermogen van verwijzers om gegevens goed te interpreteren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal resecties uitgevoerd door longchirurgen is minder dan 20 (volumenorm NVvH)[59]

- Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende jaar nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen niet aan de minimumnorm van 20. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze verrichting door longchirurgen, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken vakgroep/maatschap?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
    - Heeft het ziekenhuis een scan uitgevoerd of laten uitvoeren (bijvoorbeeld door het IKNL) om inzicht te krijgen op welke punten het actie moet ondernemen om te waarborgen dat alleen ingrepen worden uitgevoerd waarbij het aan de normen voldoet?
- Indien niet meer uitgevoerd:
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
- Welke regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?

[59] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

Het aantal resecties uitgevoerd door cardiothoracaal chirurgen is minder dan 50 (volumenorm NVT)

- Voeren cardiothoracaal chirurgen in het ziekenhuis in het volgende jaar de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de vakgroep/maatschap genomen om over 2014 aan deze norm te kunnen voldoen?
  - Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Zowel longchirurgen als cardiothoracaalchirurgen voerden resecties uit, het totaal was minder dan 70 (gecombineerde volumenorm NVvH en NVT)

- Dan zijn beide bovenstaande groepen vragen relevant.
- Op welke wijze is de samenwerking tussen de beide groepen vormgegeven?

5.4 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.4.

Indicatoren

- Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
- Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).
- Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom.

Wat zijn de risico's

De mortaliteit en morbiditeit van de chirurgische behandeling van slokdarmkanker heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen. Slokdarm- en ook maagresecties zijn zogenoemde laagvolume hoogrisico ingrepen. De inspectie heeft in 2003 voor het ziekenhuisvolume aan slokdarmresecties een indicator geïntroduceerd. De volumenorm van 10 resecties per jaar per ziekenhuis heeft geleid tot concentratie van deze ingrepen in een kleiner aantal ziekenhuizen. In 2012 heeft de NVvH besloten de volumenorm te verhogen naar 20 resecties per jaar[60]. Met deze indicator krijgt de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan de normen gesteld door de beroepsgroep. Daarnaast krijgt de inspectie met deze indicator inzicht in hoeverre ziekenhuizen deelnemen aan de DUCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een indicator die vraagt naar deelname aan een kwaliteitsregistratie leidt tot het versnellen van deelname aan dergelijke registraties. Daarbij komt dat deelname aan een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare indicatoren op te stellen.

Een carcinoom van de pancreas heeft een slechte prognose en de resectie van de pancreas is een complexe ingreep. Er zijn 1.750 nieuwe patiënten per jaar en de mortaliteit is hoog[61]. De voornaamste behandeling is chirurgisch, slechts 20% van de patiënten komt hiervoor in aanmerking. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goede samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Dit zorgt voor minder complicaties en een lagere postoperatieve sterfte. Een goed concentratiebeleid is voor de inspectie een indicator voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met een pancreascarcinoom.

In tegenstelling tot kanker van de alvleesklier maakt dikke darmkanker samen met borst, long en prostaatkanker deel uit van de groep veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen. Het treft een grote groep patiënten, de behandeling van deze groep kent duidelijke risico's en de behandeling is in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk. Al deze redenen samen maken het voor de inspectie belangrijk om indicatoren – anders dan alleen volume – voor darmkanker te gebruiken. De inspectie let in het bijzonder op de kwaliteit van de resectie van een primair colorectaal carcinoom omdat het een veel voorkomende

[60] Normering Chirurgische Behandelingen 3.0, NVvH, Juni 2012.

[61] Landelijke werkgroep Gastro-intestinale tumoren. Richtlijn pancreascarcinoom. Versie 2.0 2011-08-22.

ingreep is waarna relatief vaak een reïnterventie nodig is. De patiënt heeft dan na enige dagen opnieuw klachten gekregen, meestal door een naadlekkage. Hoewel niet alle reïnterventies te voorkomen zijn, kan een goed kwaliteitsbeleid het aantal wel beperken. Daarvoor is van belang dat een ziekenhuis inzicht heeft in de eigen prestaties. Een opvallend laag percentage reïnterventies is ook een indicatie voor onderzoek. Zo is het mogelijk het risico op reïnterventies te verminderen door het aantal stoma's te verhogen. Hoewel dit altijd mogelijk is in overleg met de patiënt, lijkt deze optie als systematische keuze niet wenselijk. Stoma's hebben grote invloed op de kwaliteit van leven. Gezien de hoge mortaliteit bij postoperatieve complicaties na een colorectale interventie gaat de inspectie er vanuit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de inspectie. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken.

Resultaten

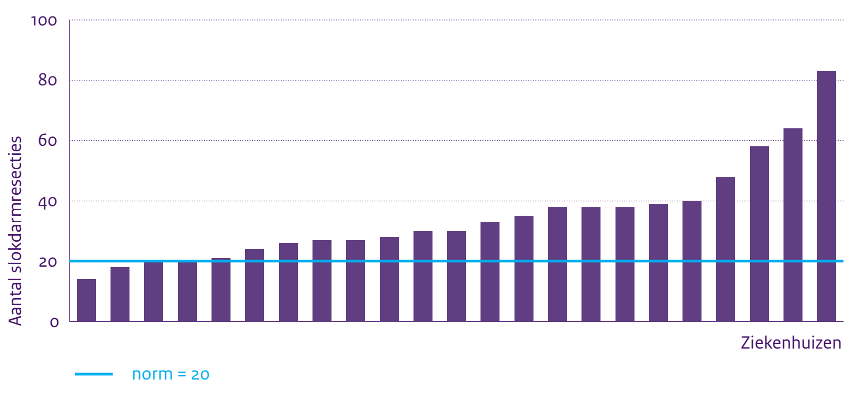
Deelname aan de DUCA – Slokdarmresecties

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 2014 zijn in totaal 799 slokdarmresecties voor een primair carcinoom uitgevoerd in 23 ziekenhuizen, variërend van 14 tot 83 resecties per ziekenhuis. Gemiddeld deed elk ziekenhuis 35 slokdarmresecties voor een primair carcinoom in 2014. 2 ziekenhuizen voldeden niet aan de norm van de NVvH (20 per jaar). Dit waren Isala (Zwolle) en IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) met respectievelijk 14 en 18 ingrepen. Geen van beide ziekenhuizen gaf een toelichting. Alle 23 ziekenhuizen hebben in 2014 100% van de uitgevoerde slokdarmresecties in DUCA ingevoerd.

Figuur 5.4.1

Aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom



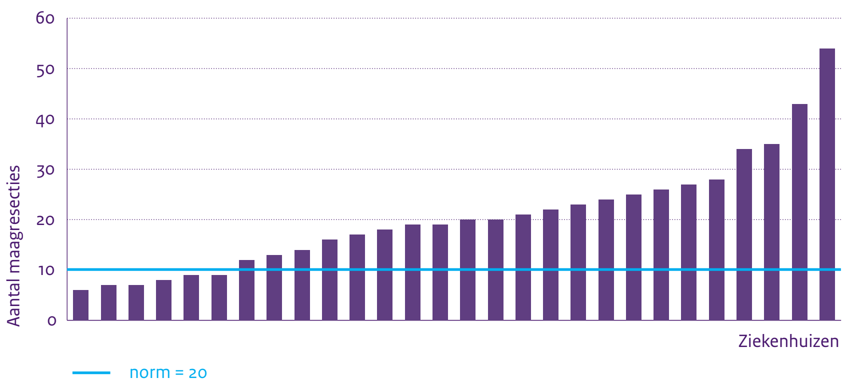
Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA) – Maagresecties

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 28 ziekenhuizen (3 minder dan in 2013) zijn in totaal 576 patiënten chirurgisch behandeld voor primair maagcarcinoom, variërend van 6 tot 54 ingrepen per ziekenhuis. Gemiddeld werden 21 patiënten per ziekenhuis behandeld. Twee ziekenhuizen leverden niet voor alle maagresecties voor primair carcinoom gegevens aan bij DUCA, dit betrof Bravis ziekenhuis (locatie Franciscus, Roosendaal) waar 81,3% werd aangeleverd en UMCG (Groningen) waar 75% werd aangeleverd. 14 ziekenhuizen voerden minder dan 20 maagresecties voor primair carcinoom uit in 2014 en haalden daarmee de norm van de NVvH niet. Bravis ziekenhuis lichtte toe dat in 2015 wel aan de norm voldaan zal worden doordat ze afspraken hebben gemaakt over doorverwijzen van patiënten, en Jeroen Bosch ziekenhuis (Den Bosch) gaf aan in maart 2014 gestopt te zijn met het chirurgisch behandelden van patiënten aan een primair maagcarcinoom. De overige ziekenhuizen gaven geen toelichting. De inspectie gaat ervan uit dat ziekenhuizen die de norm dit jaar niet haalden volgend jaar stoppen, tenzij ze in de toelichting aangeven hoe ze denken de norm wel te halen.

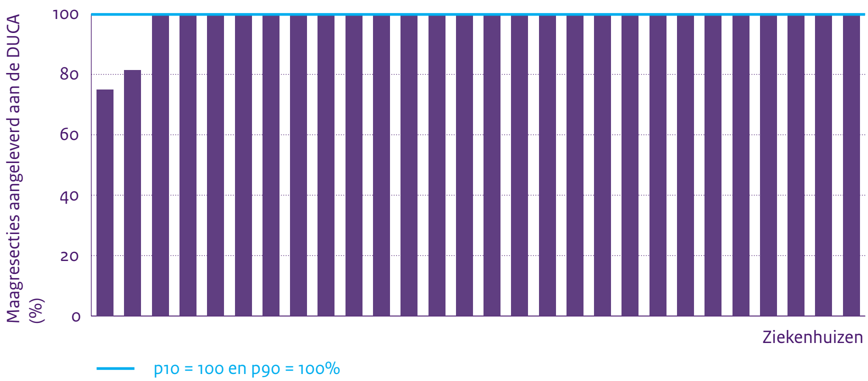
Figuur 5.4.2

Aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom



Figuur 5.4.3

Maagresecties voor primair carcinoom aangeleverd aan DUCA (%) (n=28)

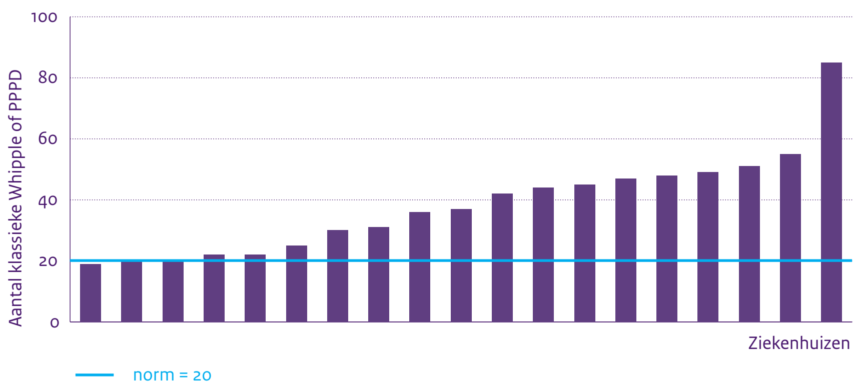


Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)

In 19 ziekenhuizen werden in 2014 resecties van de pancreas uit bij in totaal 728 patiënten, gemiddeld 38 patiënten per ziekenhuis. Het aantal patiënten liep uiteen van 19 tot 85. Het Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) was het enige ziekenhuis dat de norm van 20 niet haalde, ze voerden bij 19 patiënten een resectie van de pancreas uit. In 2013 gaf bovenstaand ziekenhuis aan verdere samenwerking te gaan zoeken, in 2014 gaf dit ziekenhuis geen toelichting.
67 ziekenhuizen hebben voor een resectie van de pancreas patiënten doorverwezen. Gemiddeld ging het om 11 patiënten per ziekenhuis en dit aantal liep uiteen van 0 tot 28. In 9 ziekenhuizen was het niet bekend hoeveel patiënten waren doorverwezen.

Figuur 5.4.4

Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of PPPD van de pancreas is uitgevoerd (n=19)



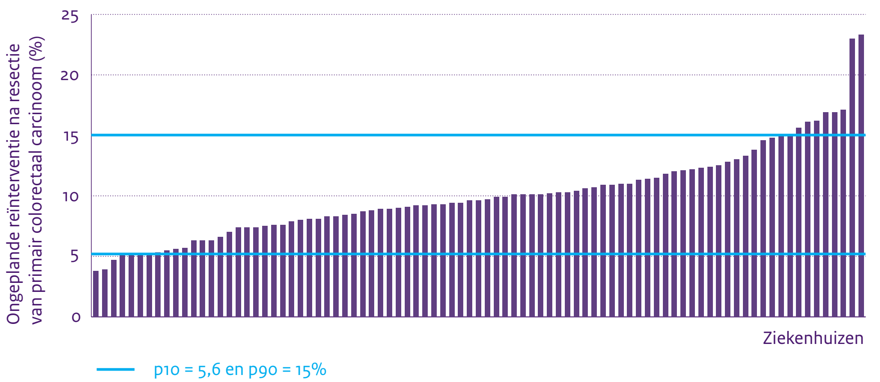
Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

89 ziekenhuizen voerden resecties van een primair colorectaal carcinoom uit en al deze ziekenhuizen hadden een registratiesysteem voor colorectale operaties. In 2014 hebben 11.247 patiënten een resectie van een primair colorectaal carcinoom ondergaan, variërend van 43 tot 268 patiënten (gemiddeld 129 per ziekenhuis). Opvallend is dat het aantal patiënten dat een resectie van een primair colorectaal carcinoom heeft ondergaan met 13,5% gestegen is ten opzichte van 2013, toen waren dit namelijk 9.894 patiënten.
In 3 ziekenhuizen was in 2014 het aantal uitgevoerde resecties minder dan 50, dit waren: Gemini ziekenhuis (Den Helder) met 43 resecties, Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) en MC Zuiderzee (Lelystad, Dronten en Emmeloord) met 48 resecties. Door de – voor handhaving – onhandige formulering van de norm is pas na het doen van navraag bij het ziekenhuis duidelijk of een ziekenhuis al dan niet voldoet aan de norm van 50. Gemiddeld vond bij 10,1% van de patiënten een ongeplande reïnterventie plaats met een, net als in 2013, grote spreiding tussen de ziekenhuizen: 3,8% tot 23,3%. In 2013 vond bij 10,3% van de patiënten een ongeplande reïnterventie plaats, wat betekent dat in 2014 een lichte daling heeft plaatsgevonden van 0,3 procentpunt ten opzichte van 2013.

Figuur 5.4.5

Percentage ongeplande reïnterventie na resectie van een primair colorectaal carcinoom (n=89)



Aandachtspunten voor gastro-intestinale ingrepen en de daarbij horende indicatoren

Het aantal resecties van een primair colorectaal carcinoom is in 2014 ruim gestegen. Dit onderwerp wordt verder behandeld in Hoofdstuk 8, MDL.

Risico-gecorrigeerd indicatorengebruik, interessant, maar wel goed evalueren

De eerste serie indicatoren binnen dit onderwerp waren of gericht op het algemeen toegankelijk maken van goede informatie via deelname aan de DSCA of op het in kaart brengen van het aantal heroperaties, als indicatie dat de complicaties in het behandeltraject ernstig genoeg waren om een heringreep noodzakelijk te maken. Het werd al snel duidelijk dat er een ander risico was, namelijk het missen van een complicatie, waarna een patiënt te laat werd geopereerd: de *failure to rescue*. Het idee daarvan is dat de indicator aangeeft wanneer patiënten overlijden, die met een adequaat beleid gered hadden kunnen worden. Dit is een spannende indicator om meerdere redenen. Het sterftepercentage in deze groep patiënten is niet heel hoog, gemiddeld 4-5%, bij gemiddeld 100 patiënten. Maar een deel van de sterfte is vermijdbaar, dus het is de vraag of er voldoende 'signaal' in de ruis van de gegevens over de colonchirurgie zit. Een van de risico's is natuurlijk dat een patiënt niet gered wordt, omdat er onvoldoende aandacht is geschonken aan complicaties en de patiënt vervolgens is ontslagen. Daarnaast is de basisset vanaf het begin heel terughoudend geweest met complexe correcties, die niet door het ziekenhuis zelf konden worden gecontroleerd en gevolgd. De behoefte van ziekenhuizen om zelf de gegevens te begrijpen die zij aan de inspectie leveren is zeker niet afgenomen, dat mag ook blijken uit het volgende aandachtspunt over de directe levering van data door de DICA. Deze indicator (*failure to rescue*, wordt in 2016 in de basisset opgenomen) kan alleen via een landelijke registratie geleverd worden, omdat de kans op overlijden bepaald moet worden ten opzichte van een grotere populatie. Hoewel de indicator dus een interessante manier is om naar uitkomsten te kijken, zijn er ook redenen om ervaringen zorgvuldig te evalueren.

Directe doorlevering van beschikbare data uit de DICA vraagt langere adem

Het is om meerdere redenen een goed idee om beschikbare data via een kwaliteitsregistratie zo veel mogelijk te gebruiken voor indicatoren. In de eerste plaats wordt de data dan twee keer gebruikt, wat de betrouwbaarheid vergroot. In de tweede plaats is de data dan gekoppeld aan individuele patiëntrecords, wat betrouwbaarder is dan declaratiedata.
In de derde plaats zou het de registratielast moeten verminderen. De inspectie is een groot voorstander van dit proces, maar de praktische uitvoering vraagt nog wat aanpassing. In de eerste fase bleef de doorlevering beperkt tot de aantallen ingrepen die werden uitgevoerd. Het voordeel daarvan is dat het een eenduidig gegeven zou moeten zijn. Meestal betrof dit het aantal patiënten dat het ziekenhuis had aangeleverd aan de registratie. Al snel werd duidelijk dat het ziekenhuis de gegevens die het aanlevert ook daadwerkelijk wil controleren. Als een gegeven uit een registratie niet klopt met een eigen registratie wordt actie ondernomen. Daarnaast is dit gegeven ook de basis voor de handhaving van de

minimumnormen. Het is dus ook belangrijk dat het gegeven klopt, zeker als het ziekenhuis op de rand van handhaving staat. Ook is er bijna geen ruimte voor vertraging door extra stappen in het proces. Zodra blijkt dat een ziekenhuis de norm niet haalt wordt een getrapt proces in werking gezet, waarbij zij eerst worden aangesproken door de eigen vereniging. Doordat enkele getallen net te laat beschikbaar kwamen, verliep dat proces niet goed. Tot slot leidde het nog niet tot vermindering van de werkdruk voor kwaliteitsmedewerkers. Doordat zij de data wilden en moesten controleren, was het ook noodzakelijk om de eigen data te kennen. En dat was vroeger de enige stap die zij moesten zetten. Het is dan ook nog niet duidelijk of dit proces ooit tijdsbesparing op gaat leveren, zolang eigen controle noodzakelijk is.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief laag en/of het percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief laag (voor 2014: minder dan 100%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij deze chirurgische behandelingen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid betreffende deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

Het percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief hoog en/of het percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief hoog (voor 2014: 100%)

- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de DUCA registratie?

Het ziekenhuis heeft geen informatie over het aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom aan de DUCA geleverd en/of het ziekenhuis heeft geen informatie over het aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom aan de DUCA geleverd en/of het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage te kunnen berekenen

- Het ziekenhuis lijkt hiermee in 2014 niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de NVvH te voldoen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan deze minimum kwaliteitsnormen voldoet?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van slokdarmresecties?
- Wat is het ziekenhuisbeleid betreffende deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de normen voor chirurgische behandelingen van de NVvH uit januari 2011[62]

1 *Het aantal resecties van de slokdarm (OCR) is minder dan 20, of*
2 *Het aantal resecties van de pancreas (Whipple of PPPD) is minder dan 20, of*
3 *Het aantal resecties van een primair colorectaal carcinoom is minder dan 50*

- Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de betreffende ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de relevante minimumnorm. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze behandeling tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Welk aantal colonresecties voor benigne aandoeningen is uitgevoerd?
  - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
  - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
  - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen?
  - Indien van toepassing: Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van deze patiënten met spoedindicatie?

Het ziekenhuis voerde minder dan 20 maagresecties uit in 2014

- Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2015 aan deze norm van 20 maagresecties te kunnen voldoen?
  - Zijn er andere onderdelen van de norm waar het ziekenhuis niet aan voldoet (zie normendocument heelkunde 3.0 juni 2012)? Zo ja, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te voldoen?
  - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
  - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
  - Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen?

[62] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 NVvH, januari 2011.

Het ziekenhuis geeft aan geen resecties van de pancreas en/of de maag en/of de slokdarm en/of van een primair colorectaal carcinoom te verrichten en patiënten door te verwijzen

– Hoe ziet het verwijsbeleid van het ziekenhuis eruit?
– Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?

Het percentage colorectale reïnterventies was relatief hoog (voor 2014: meer dan 15%)

– Wat was in 2014 de ziekenhuismortaliteit na een primair colorectaal carcinoom?
– Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?
– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal reïnterventies te verminderen?

Het percentage colorectale reïnterventies was relatief laag (voor 2014: minder dan 5,6%)

– Hoe spoort het ziekenhuis reïnterventies op?
– Wat is het percentage patiënten dat een stoma heeft gekregen in 20112014?
– Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?

5.5 Urologische tumoren

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.5.

Indicatoren

- MDO spierinvasief blaascarcinoom.
- Deelname aan de registratie prostatectomie.

Wat zijn de risico's

De chirurgische behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt. Na het verwijderen van de blaas en een lymfeklier (dissectie) moet de urineafvloed hersteld worden, waarbij de darm gebruikt wordt. Het betekent vaak een langdurige ziekenhuisopname en het sterftecijfer rondom de operatie bedraagt tussen de 2,5% en 8%[63,64,65,66]. De ingreep is complex én heeft een laag volume in veel ziekenhuizen. Het uitvoeren van deze operatie stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert en aan de organisatie ten aanzien van de peri-operatieve zorg. In 2010 en nogmaals in 2012 heeft de Nederlandse Verenging voor Urologie (NVU) bekendgemaakt, dat ziekenhuizen jaarlijks minimaal 10 blaasresecties moeten doen om deze ingreep te mogen blijven uitvoeren. In 2015 heeft de NVU het aantal aangepast van 10 blaasresecties naar minimaal 20 blaasresecties gemiddeld over 3 jaar. De inspectie besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de blaasresectie uitvoeren, ongeacht of zij aan de minimumnorm voldoen. Onderdeel van de norm is het zorgvuldig bespreken van alle patiënten tijdens een MDO, dus zowel patiënten die geopereerd worden als niet (meer) geopereerd worden. Het risico waar de inspectie zich op richt is het onthouden aan de patiënten van een multidisciplinaire bespreking, waardoor patiënten niet vanuit verschillende perspectieven besproken worden.

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 10.000 mannen de diagnose prostaatcarcinoom gesteld. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren heeft de NVU een database voor radicale prostatectomieën opgericht. Daarnaast heeft de NVU in 2015 vastgesteld dat een ziekenhuis minimaal 20 prostatectomie ingrepen per jaar moet doen[67]. Deelname aan de NVU database levert zowel op landelijk niveau, als voor individuele ziekenhuizen belangrijke

[63] Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med 2002, 346: 1128-1137.
[64] Finlayson EVA, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operatieve mortality in cancer surgery: a national study. Archives of Surgery, 2003; 138(7): 721-5.
[65] Konety BR, Dhawan V, Allareddy V, Joslyn SA. Impact of malpractice caps on use and outcomes of radical cystectomy for bladder cancer: data from the surveillance, epidemiology, and end results program. J Urol. 2005; 173(6): 2085-9.
[66] Elting LS, Pettaway C, Bekele BN, Grossman HB, Cooksley C, Avritscher EB, Saldin K, Dinney CP. Correlation between annual volume of cystectomy, professional staffing, and outcomes: a statewide population-based study. Cancer. 2005; 104(5): 975-84.
[67] IKNL (2014). Deelrapportage voor prostaatkanker. https://www.iknl.nl/docs/default-source/KIB-rapportages/rapportage-prostaatkanker-sck-rapport.pdf?sfvrsn=2 (geraadpleegd op 19 augustus 2015).

kwaliteitsinformatie op met als doel de zorg te verbeteren. De inspectie wil dan ook weten of een ziekenhuis deelneemt aan de registratie prostatectomie. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Daarbij maakt een landelijk registratie systeem het eenvoudiger om in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren in te stellen. De inspectie gaat ervan uit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de inspectie. De inspectie verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken.

Resultaten

MDO spierinvasief blaascarcinoom

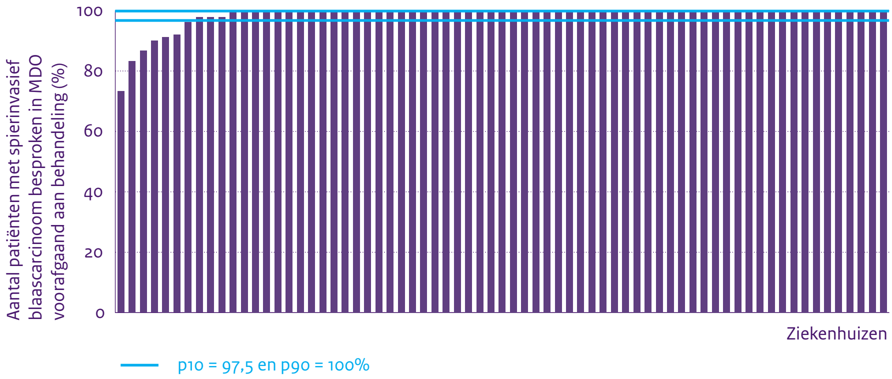
Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (37 patiënten) en leverden Bronovo (Den Haag), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) dubbele gegevens aan (46 patiënten). De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen

In 71 ziekenhuizen werden patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom behandeld. 2 ziekenhuizen (UMCG (Groningen) en MAASTRO clinic (Maastricht)) konden niet aangeven om hoeveel patiënten het ging. UMCG lichtte toe dat er geen prospectieve registratie beschikbaar was voor 2014. MAASTRO clinic behandelt patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom middels radiotherapie. De gegevens konden zij niet aanleveren omdat de verwijzende ziekenhuizen de MDO's organiseren, waardoor hier geen eigen registratie van was. In totaal zijn 1842 patiënten behandeld met een spierinvasief blaascarcinoom, variërend van 5 tot 185 patiënten per ziekenhuis, met een gemiddelde van 27 per ziekenhuis. In 59 ziekenhuizen werden alle nieuwe patiënten met spierinvasief blaascarcinoom voorafgaand aan de behandeling ten minste eenmaal besproken binnen een specifiek MDO. Bij 10 ziekenhuizen was dit niet bij alle patiënten het geval. Het gemiddelde percentage lag op 98,6%, met een spreiding tussen de ziekenhuizen van 73,3% tot 100%. Het ziekenhuis met het laagste percentage (73,3%) was, net als in 2013 (toen 22,2%), Radboudumc (Nijmegen). Dit ziekenhuis gaf aan dat ze alle nieuwe patiënten door middel van dossier-analyse nagekeken hebben, waarbij de teller en de noemer handmatig bepaald waren.

In totaal werden er in 2014 1120 cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom uitgevoerd. Gemiddeld waren dit 17 cystectomieën per ziekenhuis, variërend van 0 tot 77 per ziekenhuis. 3 ziekenhuizen zaten onder de norm van 10 cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom, dit waren: AMC (Amsterdam) met een aantal van 5, IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) met een aantal van 6 en Ikazia Ziekenhuis (Rotterdam) met een aantal van 7. AMC gaf aan dat er in 2014 de afspraak is gemaakt om spierinvasieve tumoren in het VUmc (Amsterdam) te behandelen. IJsselland ziekenhuis geeft aan in 2015 de norm wel te halen. Ikazia Ziekenhuis lichtte enkel toe dat er een samenwerking is met Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam).

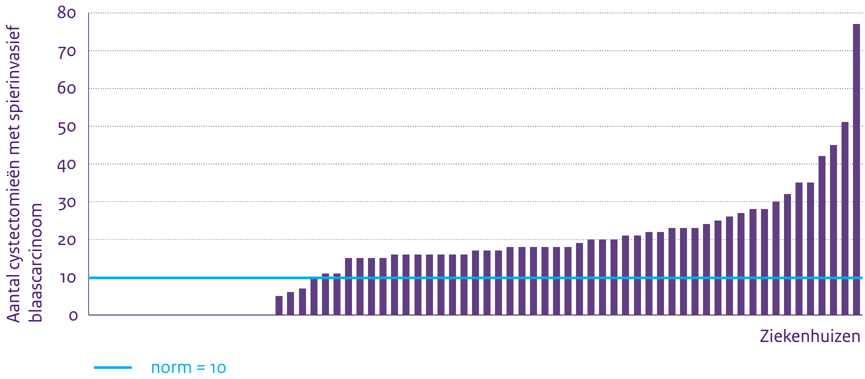
Figuur 5.5.1

Percentage patiënten met spierinvasief blaascarcinoom dat werd besproken in een specifiek MDO voorafgaand aan de behandeling (n=69)



Figuur 5.5.2

Aantal cystectomieën in verband met spierinvasief blaascarcinoom (n=67)



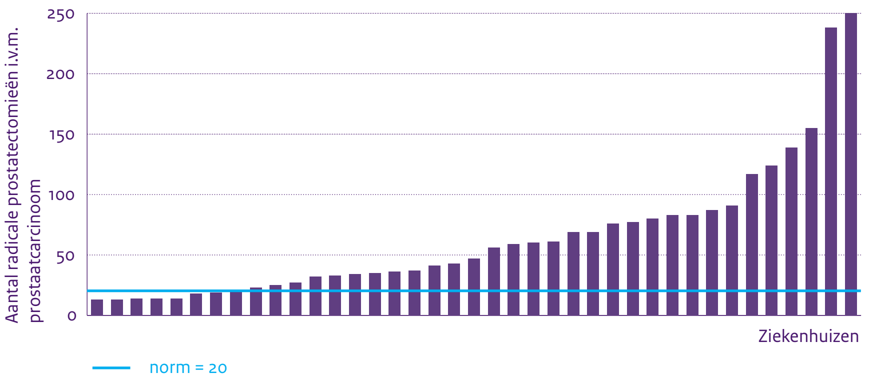
Deelname aan de registratie prostatectomie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (13 patiënten) en leverden Bravis ziekenhuis (locatie Francisus) en Bravis ziekenhuis (locatie Lievensberg) dubbele gegevens aan (83 patiënten). De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In de basisset 2014 is voor het eerst de indicator deelname aan de registratie prostatectomie opgenomen. Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) en Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne) waren de enige ziekenhuizen die in 2014 geen patiënten ingevoerd hebben in de NVU database prostatectomie. Sint Franciscus Gasthuis lichtte toe dat patiëntenregistratie plaatsvindt in een lokale database en Elkerliek ziekenhuis gaf geen toelichting.
Zaans Medisch Centrum (Zaandam) gaf aan patiënten te behandelen met radicale prostatectomie in verband met prostaactcarcinoom, maar de uroloog werkzaam in Zaans Medisch Centrum opereert in 'Esperanzverband' in andere ziekenhuizen waardoor registratie plaatsvindt in deze andere ziekenhuizen. In 2014 voerden 41 ziekenhuizen bij in totaal 2.513 patiënten een radicale prostatectomie uit in verband met prostaatcarcinoom, variërend van 13 tot 250 patiënten per ziekenhuis. Gemiddeld werd per ziekenhuis bij 64 patiënten een radicale prostatectomie uitgevoerd. De norm voor het aantal uitgevoerde radicale prostatectomiën in verband met prostaatcarcinoom ligt op 20[68]. 5 Ziekenhuizen haalden deze norm van 20 niet, wat slechts door 1 ziekenhuis werd toegelicht. De ziekenhuizen die de norm niet haalden waren: St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg)/TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) met 13 ingrepen, Maastricht UMC+ met 14 ingrepen, UMCG (Groningen) met 14 ingrepen, Medisch Centrum Alkmaar met 18 ingrepen. UMCG lichtte toe dat er ontwikkelingen gaande zijn met betrekking tot een regionaal zorgtraject. Er is een regionale samenwerking tussen het UMCG en een hoog volume kliniek.

Figuur 5.5.3

Aantal radicale prostatectomieën in verband met prostaatcarcinoom (n=39)



[68] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015.

Aandachtspunten voor urologische tumoren en de daarbij horende indicatoren

Formulering van normen geeft toezichthouder problemen en/of te veel mogelijkheden

De urologie formuleert al meerdere jaren minimumnormen voor het aantal uitgevoerde blaasresecties voor een spierinvasief blaascarcinoom. Dit jaar zijn deze normen voor het eerst opgenomen in het SONCOS document, wat een handig overzicht geeft van alle normen. Tot voor kort was de urologie de enige die bij minimumnormen de gewoonte had uit te gaan van een gemiddelde van drie jaar. Inmiddels is dat opgenomen in het hele SONCOS document. Die middeling over drie jaar lijkt een goed idee, het beschermt instellingen tegen incidentele daling van het aantal patiënten en maakt de situatie daarom op het eerste gezicht iets minder van toeval afhankelijk. Dat lijkt ook de reden voor de formulering.
Op het tweede gezicht maakt deze formulering duidelijk dat het essentieel is eerst met een toezichthouder/handhaver te overleggen voordat een norm wordt geformuleerd.
Als voorbeeld: in een concentrerende omgeving neemt het aantal klinieken af en het gemiddelde aantal ingrepen per ziekenhuis parallel daaraan toe. Bij de publicatie van de volumenorm voldeden weinig ziekenhuizen aan de norm van 10. Juist als een regio vlot reageert en het aantal ziekenhuizen dat niet aan de norm voldeed terugbrengt levert dat problemen op. Het gemiddelde van 6, 7 en 12 is kleiner dan de norm van 10, terwijl het ziekenhuis met de stijgende aantallen juist wel effectief heeft ingespeeld op de nieuwe situatie. In reactie daarop is de berekening van het gemiddelde gestart vanaf 2015. Dat wil zeggen dat het ten minste tot 2018 duurt voordat de norm in werking treed/handhaafbaar is. Het is de vraag welke norm in de tussentijd van toepassing is. Dit zou als voordeel kunnen hebben dat hiermee de implementatietermijn wordt geformuleerd. Normaal gesproken staat deze niet in de norm. Het nadeel hiervan is dat de ziekenhuizen die niet ver boven de norm uitkomen eigenlijk gelijk aan de norm moeten voldoen, anders komt het gemiddelde over drie jaar bij toetsing niet boven de norm uit. Een dergelijke formulering heeft ook andere effecten op duur van de overgangsfase, verlengen van de onduidelijkheid bij teruglopende aantallen patiënten, etc. Als een vereniging er dus voor kiest om een norm op die manier te formuleren, heeft dat veel gevolgen voor de handhaving. Het kan zijn dat het de bedoeling is om de inspectie meer mogelijkheden te geven om in te grijpen, maar zeker is dat niet. Het is aan te raden om het toezichtsperspectief mee te nemen bij het formuleren van normen die voor handhaving bedoeld zijn.

Aantal preoperatief besproken patiënten groter dan het aantal ingrepen, maar niet bij alle ziekenhuizen

Een patiënt met een cystectomie moet preoperatief besproken worden. Op dit moment is het UMCG het enige ziekenhuis in Nederland dat daar geen zicht op heeft. Alle andere ziekenhuizen geven in ieder geval het aantal besproken patiënten op. Het totaal aantal besproken patiënten is 646 groter dan het aantal geopereerde patiënten, omdat er natuurlijk ook patiënten besproken moeten worden die net niet voor een ingreep in aanmerking komen, maar de verschillen zijn nog steeds groot. Het Radboudumc

(Nijmegen) opereert 47 patiënten meer dan er besproken zijn in het eigen MDO. Dit jaar zijn er 25 ziekenhuizen die evenveel of minder patiënten bespreken dan dat er geopereerd zijn. De reden om hier aandacht aan te besteden is ondermeer dat de functie van het MDO is om kennis en ervaring samen te brengen om de beste behandelstrategie te kiezen. Op dit moment is er dus wel een concentratietrend zichtbaar in de operatieve behandeling, maar niet van de diagnostische expertise noodzakelijk om de juiste beslissing te nemen. Dit past bij de wijze waarop de normen zijn geformuleerd, maar de inspectie zal in dat geval wel vragen moeten stellen over de waarborgen voor voldoende kwaliteit van de samenwerking tussen diagnostiek en behandeling.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan blaascarcinomen en prostatectomieën te behandelen

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen (in 2014 minder dan 10 cystectomiën i.v.m. spierinvasief blaascarcinoom en/of in 2014 minder dan 20 radicale prostatectomieën in verband met prostaatcarcinoom)

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
- Indien nog uitgevoerd
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 10 voor blaasresecties en/of 20 voor prostatectomieën.
  - Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van cystectomieën vanwege spierinvasief blaascarcinoom en/of radicale prostatectomieën in verband met prostaatcarcinoom, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd
  - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met gestelde normen en de concentratie van zorg?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de normen

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een blaasresectie en/of prostatectomie bewaakt?
- Zijn alle patiëntengegevens ingezonden naar de nationale database?
  - Zo nee: Welke selectie is toegepast?
- Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de norm voor blaasresectie: Welke type urinedeviaties voert het ziekenhuis na een blaasresectie uit en in welke frequentie?
- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Wat zijn de criteria om verwezen patiënten na herstel terug te verwijzen?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?

– Zijn er bepaalde reconstructies waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
  - Zo ja: Naar welke instelling verwijst het ziekenhuis door?
– Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
– Wordt het percentage heroperaties bijgehouden?
  - Zo ja: Was er aanleiding om het operatieproces te analyseren en te verbeteren?

Het ziekenhuis bespreekt in het MDO spierinvasief blaascarcinoom evenveel of minder patiënten dan er geopereerd zijn
– Hoe wordt de indicatiestelling van de ingreep bewaakt?
– Wanneer en waar worden de niet te opereren patiënten besproken en wat is de indicatie voor bespreking?
– Welke gegevens zijn bekend over patiënten die een andere therapie dan cystectomie ontvangen?
– Hoe wordt de kwaliteit van het MDO bewaakt als de patiënt elders is besproken?

Het ziekenhuis heeft niet voldoende deelgenomen aan de registratie prostatectomie (in 2014: minder dan 97,5%)
– Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij prostatectomieën?
– Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
– Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
– Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
– Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

Het ziekenhuis heeft volledig deelgenomen aan de registratie prostatectomie (in 2014: gelijk aan 100%)
– Hoe verzamelt het ziekenhuis gegevens over de totale geopereerde groep en welke vergelijking is er met de registratie aangeleverde groep?
– Is er een vorm van audit gedaan?

5.6 Ovariumcarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.6.

Indicator

– Spreiding en organisatie van behandeling ovariumcarcinoom.

Wat zijn de risico's

In Nederland worden per jaar 1.300 nieuwe gevallen van eierstokkanker gediagnosticeerd[69]. Deze vorm van kanker komt het meest voor bij vrouwen in de leeftijd 60-74 jaar. Omdat de behandeling van eierstokkanker niet verschillend is van de behandeling van eileiderkanker of buikvlieskanker worden bij de analyse van deze gegevens de drie tumorsoorten bij elkaar genomen. Eierstokkanker geeft in het algemeen in het begin van de ziekte weinig of aspecifieke klachten. Daardoor wordt bij 70% van de vrouwen met eierstokkanker de diagnose bij een gevorderd (hoog) stadium II b, II c, III of IV gesteld. In vergelijking tot de andere gynaecologische tumoren (baarmoederkanker, baarmoederhalskanker of schaamlipkanker) is de sterfte aan hoog stadium eierstokkanker relatief hoog. De 5-jaars overlevig van patiënten met stadium I-II eierstokkanker ligt rond de 75-90%; bij stadium III of IV eierstokkanker ligt dit rond de 20-40%.[70,71,72,73,74] De cijfers bij hoog stadium eierstokkanker worden onder andere veroorzaakt door het gedrag en eigenschappen van de ziekte. Ook wanneer de behandeling maximaal is geweest, kan de ziekte makkelijk recidiveren.

De behandeling van laag stadium eierstokkanker bestaat uit een stadiëringsoperatie en afhankelijk van de weefsel- uitslag wordt er al dan niet aanvullende chemotherapie gegeven. De stadiëringsoperatie wordt volgens een omschreven procedure uitgevoerd die in de richtlijn ovariumcarcinoom[75] terug te vinden is. De behandeling van hoog stadium eierstokkanker bestaat uit een combinatie van chemotherapie en een debulkingsoperatie. Hiervoor zijn twee strategieën te volgen, ofwel er wordt primair gestart met een debulking gevolgd door (normaliter zes kuren) chemotherapie; ofwel er wordt gestart met neo-adjuvante chemotherapie (normaliter drie kuren) gevolgd door een intervaldebulking waarna de resterende chemotherapie wordt gegeven. De keuze voor één van beide strategieën wordt bepaald door de inschatting op basis van het lichamelijk onderzoek,

[69] Oncoline 2015. Geraadpleegd op 28-8-2015 op: http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=35180&richtlijn_id=837.

[70] Oberaigner W, Influence of department volume on cancer survival for gynaecological cancers--a population-based study in Tyrol, Austria. Gynecol Oncol. 2006;103(2):527-34.

[71] Tingulstad S, Survival and prognostic factors in patients with ovarian cancer. Obstet Gynecol. 2003;101(5 Pt1):885-91.

[72] Paulsen T, Improved short-term survival for advanced ovarian, tubal, and peritoneal cancer patients operated at teaching hospitals. Int J Gynecol Cancer. 2006;16 Suppl 1:11-7.

[73] Wolfe CDA, Management and survival of ovarian cancer patients in south east England. Eur J Cancer. 1997; 33(11):1835-40.

[74] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.

[75] Oncoline 2015. Geraadpleegd op 28-8-2015 op: www.oncoline.nl

de beeldvorming en hoe goed een primaire debulking al dan niet uit te voeren is. Soms wordt er bij twijfel ook nog een kijkoperatie gedaan.

Voor de overleving is het daarnaast van belang hoe een eventueel recidief wordt behandeld. Om de kwaliteit van de primaire behandeling te meten lijkt de ziektevrije overleving het meest informatief, omdat daarmee het effect van de primaire behandeling gemeten wordt. Factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van de primaire behandeling zijn onder andere of de operatie goed uitgevoerd wordt en of de chemotherapie in adequate dosering gegeven wordt. Voor wat betreft de chirurgische kant is het hierbij voor het lage stadium van belang dat de stadiëring volgens de richtlijn is uitgevoerd. Voor de hoge stadia is het van belang dat bij de debulkingsoperatie het maximale is gedaan om al het tumorweefsel te verwijderen om zo te komen tot een complete debulking (geen zichtbare ziekte meer achtergelaten). Op grond van retrospectief onderzoek blijkt dat het resultaat van de debulkingsoperatie beter is naarmate de ingreep vaker wordt gedaan. Hierbij is er geen duidelijke grens te stellen wat het meest optimale aantal zou zijn en is in de Nederlandse studie, die hierover gepubliceerd is, die grens bij meer dan 12 ingrepen gelegd.[76] De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft n.a.v. de norm die door de inspectie is voorgesteld in 2010[77,78], bepaald dat ziekenhuizen, gemeten over een periode van drie jaar, ten minste 20 debulkingsoperaties per jaar moeten verrichten waarbij een gynaecoloog-oncoloog betrokken is bij de behandeling. De stadiëringsoperaties mogen alleen in die ziekenhuizen verricht worden die deze norm halen. Eén van de redenen om vanuit de inspectie de norm uit te vragen is de felheid van de discussie die gevoerd is binnen de NVOG voordat de norm is vastgesteld. Daarnaast krijgt de inspectie met het uitvragen van deze norm een beeld in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan het beleid van de wetenschappelijke vereniging.

Resultaten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (8 patiënten voor de stadiëringsoperatie en 21 patiënten voor de debulkingsoperatie). Bronovo (Den Haag), Groene Hart Ziekenhuis (Gouda) en Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) leverden dubbele gegevens aan (4 patiënten voor de stadiëringsoperatie en 22 patiënten voor de debulkingsoperatie). De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

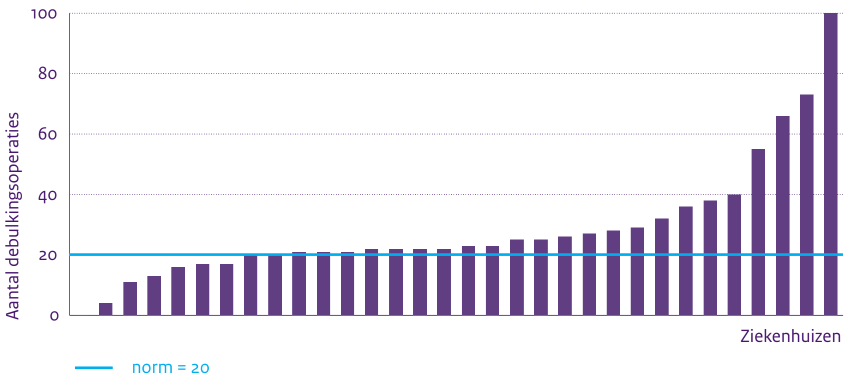
De indicatorspreiding en de organisatie van de behandeling van het ovariumcarcinoom is in 2014 voor het eerst in de basisset opgenomen. In 32 ziekenhuizen werden patiënten chirurgisch behandeld in verband met een ovariumcarcinoom of tubacarcinoom. In 2015 is bepaald dat ziekenhuizen ten minste 20 debulkingsoperaties moeten doen, om stadiëringsoperaties te mogen uitvoeren[79]. In 32 ziekenhuizen zijn in totaal 915 patiënten met een hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom behandeld met een

[76] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.
[77] Persbericht Inspectie voor de Gezondheidszorg, 17 december 2010
[78] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015.
[79] SONCOS Normeringsrapport versie 3, 2015.

debulkingsoperatie. De variatie tussen ziekenhuizen bedroeg 0 tot 100 patiënten. Gemiddeld werden 29 patiënten per ziekenhuis behandeld met een debulkingsoperatie. In totaal werden in 2014 295 patiënten met een laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom behandeld met een stadiëringsoperatie, variërend van 0 tot 40 patiënten per ziekenhuis (gemiddelde negen patiënten per ziekenhuis). In totaal waren er 6 ziekenhuizen die minder dan 20 debulkingsoperaties uitvoerden en daarnaast wel stadiëringsoperaties uitvoerden in 2014. Deze ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij vanaf 2015 aan de SONCOS-norm voldoen en dus enkel stadiëringsoperaties uitvoeren wanneer zij ook 20 debulkingsoperaties doen.

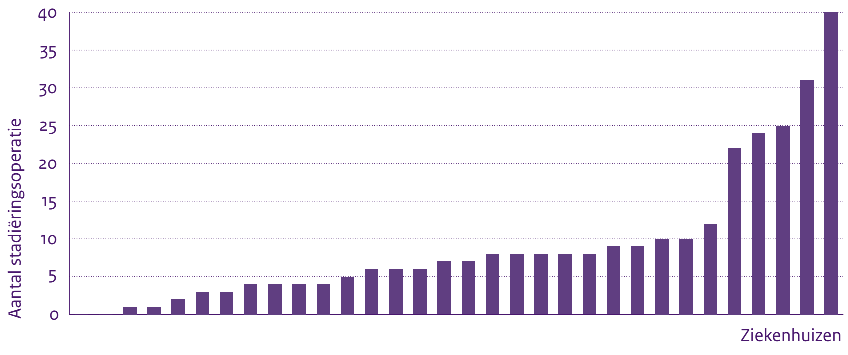
Figuur 5.6.1

Aantal debulkingsoperaties (bij hoog stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom) (n=32)



Figuur 5.6.2

Aantal stadiëringsoperaties (bij laag stadium ovariumcarcinoom of tubacarcinoom) (n=32)



Aandachtspunten voor ovariumcarcinoom en de daarbij horende indicator

In 2008 promoveerde Vernooij[80] op de wenselijkheid van het concentreren van de behandeling van het ovariumcarcinoom in een beperkt aantal centra. Dat sloot aan bij een al langer bestaand beleid van de NVOG om gynaecologische oncologie in een beperkt aantal centra te concentreren en bij de beweging van dat moment om risicovolle ingrepen te normeren met een minimum voor het aantal uitgevoerde ingrepen. De invoering van de normen binnen veel andere vakken was voorspoedig verlopen, al hadden met name instellingen die functies verloren moeite met de uniforme keuze voor twintig ingrepen per jaar. Lastig hierbij is dat de relatie tussen volume en kwaliteit inherent een geleidelijke curve is, zonder afkappunten. De curvevorm kan vastgesteld worden op basis van onderzoek, de keuze voor een afkappunt op de curve als minimum is een maatschappelijke/politieke keuze. Hoeveel risico is een samenleving bereid te lopen, om te komen tot een verantwoorde spreiding van ingrepen over een gebied. Het is dan ook niet mogelijk om een minimumnorm ‘wetenschappelijk’ vast te stellen, net zo min als het mogelijk is dit zonder maatschappelijke inbreng te doen. Het is uiteindelijk de patiënt die het risico op een verkeerde behandeling of overlijden loopt. Die principes zijn inmiddels redelijk bekend, al duikt de discussie af en toe nog op. De felheid waarmee de discussie over een minimumnorm voor het ovariumcarcinoom werd gevoerd, was dan ook een verrassing. In de discussie speelden emoties een rol. Op zich is dat geen probleem. In de eerste plaats is emotie een teken van persoonlijke betrokkenheid. In de tweede plaats geeft een scherpe discussie ook aanleiding tot verduidelijking van de overwegingen die hebben geleid tot een keuze. Tegelijkertijd is het wel belangrijk om de vraag te stellen wat het betekent als discussies tussen twee groepen (gynaecologisch oncologen en de verwijzende specialisten) in een vereniging zo fel worden. Het thema van dit jaar is samenwerking en de daarbij horende cultuur. Het is dan ook onvermijdelijk om aandacht te besteden aan dit beslissingsproces. Zo op het eerste gezicht voldeed het beslissingsproces niet aan de voorwaarden voor collaborative governance, zoals ze zijn genoemd in de inleiding. Dat viel vooral op omdat ook anderen -inspecteurs- ingezet werden in de discussie, waarbij het niet altijd duidelijk was dat de betrokken medisch specialisten beseften welke indruk dat maakte. Aan de andere kant is het wel gelukt om het gemeenschappelijke doel, concentratie van de zorg voor ovariumcarcinoom, te bereiken. Dat in deze fase 6 van de 31 ziekenhuizen volgens eigen opgave nog niet aan de norm kunnen voldoen, is dan een goed resultaat. Het wordt nog beter als bedacht wordt dat 3 ziekenhuizen hiervan niet voldoen, omdat ze een verkeerde wijze van opgave gekozen hadden en dezelfde resultaten voor meerdere ziekenhuizen hadden opgegeven. De les voor een wetenschappelijke vereniging kan ook zijn, dat als het beter lukt om een besluitvorming te structureren, zij op dat punt minder aandacht zullen krijgen van een inspectie.

[80] Vernooij F. Ovarian cancer treatments in the Netherlands. Academic thesis, March 4 2008, Utrecht.

Concentratie maakt investeringen mogelijk.

Voordat de minimumnorm werd ingevoerd was één van de gehanteerde procedures om het risico te beperken, dat een expertoperateur naar het ziekenhuis ging waar de diagnose ovariumcarcinoom was gesteld om te assisteren bij de ingreep. In gesprekken tussen die experts en de inspectie kwam naar voren dat de kwaliteit van het resultaat, veel meer dan gedacht, werd bepaald door het totaal van voorzieningen, instrumentarium, team en operateur. Het enkel 'invliegen' van kennis van de operatietechniek is niet voldoende, de overige voorzieningen moeten ook op orde zijn. Dat is ook één van de rechtvaardigingen van concentratie. Door een groter aantal patiënten is ook een grotere en specifieke investering in de (kennis)infrastructuur rendabel. De inspectie heeft op die infrastructuur geen toezicht. Voor het slagen van het concentratie-experiment is het wel belangrijk dat het gebeurt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan debulkingsoperaties en stadiëringsoperaties uit te voeren

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
    Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van stadiëringsoperaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met gestelde normen en de concentratie van zorg?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de normen

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een ovariumcarcinoom behandeling bewaakt?
- Zijn alle patiëntengegevens ingezonden naar de nationale database (landelijke registratie DGOA)?
  - Zo nee: Welke selectie is toegepast?
- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Wat zijn de criteria om verwezen patiënten na herstel terug te verwijzen?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?

- Zijn er bepaalde reconstructies waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
  - Zo ja: Naar welke instelling verwijst het ziekenhuis door?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
- Wordt het percentage heroperaties bijgehouden?
  - Zo ja: Was er aanleiding om het operatieproces te analyseren en te verbeteren?

5.7 Palliatieve radiotherapie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 5.7.

Indicator

- Palliatieve radiotherapie botmetastasen.

Wat zijn de risico's

Behandeling van (pijnlijke) botmetastasen maakt een belangrijk onderdeel uit van de palliatieve radiotherapie. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt is het van belang dat de behandeling binnen korte tijd na aanmelding plaats kan vinden. Door de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) zijn daarom streefnormen opgesteld voor wachttijden. Voor subacute bestralingen is de streefnorm gesteld op 80% patiënten behandeld binnen 7 dagen, en een maximum wachttijd van 10 dagen[81]. Met deze indicator wordt het voor de inspectie inzichtelijk in hoeverre aan deze streefnorm wordt voldaan. Daarnaast geeft deze indicator de inspectie inzicht in hoeverre medisch specialisten zich conformeren aan het beleid dat is gesteld door de wetenschappelijke verenigingen.

Resultaten

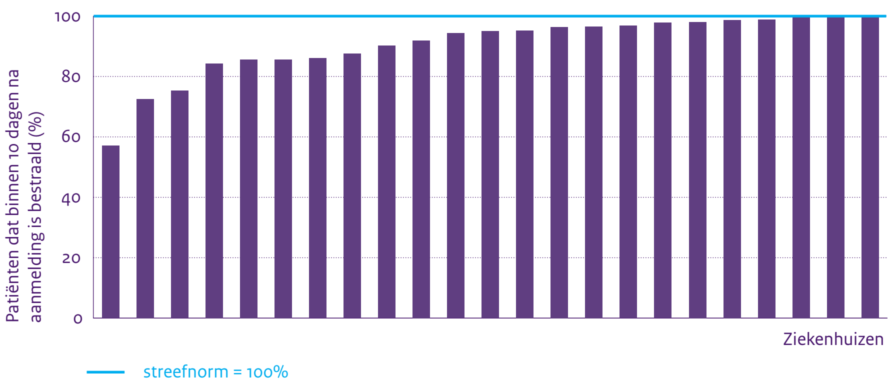
De indicator palliatieve radiotherapie botmetastasen is in 2014 voor het eerst in de basisset opgenomen. In 25 ziekenhuizen werden in 2014 in totaal 9.995 patiënten met botmetastasen behandeld met palliatieve radiotherapie, variërend van 20 tot 1.327 patiënten per ziekenhuis (gemiddeld 434 patiënten per ziekenhuis). In Deventer Ziekenhuis waren de wachttijden van de palliatieve radiotherapeutische behandelingen niet bekend. Deventer Ziekenhuis lichtte toe dat de betreffende gegevens door het RISO (instituut waar de bestralingen plaatsvinden) aangeleverd worden. De aanmelddatum was in de meeste gevallen de datum waarop patiënt is aangemeld via brief, fax, telefoon, MDO of via de website. De grootste groep van de patiënten wordt binnen 10 dagen na aanmelding bestraald (gemiddeld 90,6%). Radiotherapeutisch Instituut Friesland (Leeuwarden) gaf aan dat 100% van de patiënten tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald. In Reinier de Graaf (Delft en Voorburg) werd slechts 45,6% van de patiënten tot en met 7 dagen na aanmelden bestraald. In datzelfde ziekenhuis werd 42,9% van de patiënten na 10 dagen na aanmelding bestraald. Beide percentages werden niet toegelicht. Opvallend is dat het gemiddelde percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding bestraald is onder de streefnorm van 80% zit (74%). Ook het gemiddelde percentage patiënten dat binnen 10 dagen na aanmelding bestraald is zit onder de streefnorm van 100% (90,6%).

---

[81] http://www.nvro.nl/kwaliteit/indicatoren.

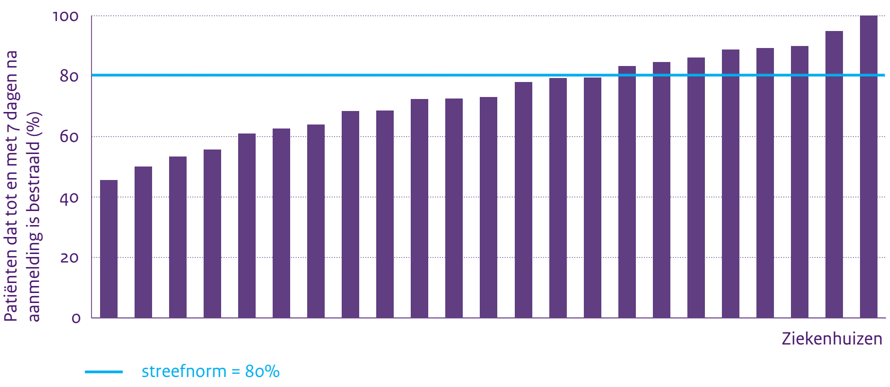
Figuur 5.7.1

Percentage patiënten dat binnen 10 dagen na aanmelding bestraald is (n=23)



Figuur 5.7.2

Percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding bestraald is (n=23) streefnorm = 80%



Tabel 5.7.1

Kengetallen palliatieve radiotherapie botmetastasen (n=23)

Indicator	**Streefnorm (%)**	**Gemiddelde (%) (min.-max.)**	**Mediaan (%)**	**Ziekenhuizen met 0% (n)**	**Ziekenhuizen met 100% (n)**
Percentage patiënten dat tot en met 7 dagen na aanmelding is bestraald:	80	74 (45,6-100)	86,1	0	1
Percentage patiënten dat binnen 10 dagen na aanmelding is bestraald:	100	90,6 (57,1-100)	95	0	3
Percentage patiënten dat na 7 dagen, maar tot en met 10 dagen na aanmelding is bestraald:	-	16,6 (0-50)	8,9	1	0
Percentage patiënten dat na 10 dagen na aanmelding is bestraald:	-	9,4 (0-42,9)	5	3	0

Aandachtspunten voor palliatieve zorg en de daarbij horende indicator

Waarom indicatoren voor palliatieve zorg?

In 2009 meldde de inspectie over de palliatieve zorg: 'Op voorhand multidisciplinair afgestemde palliatieve zorg, zoals vormgegeven vanuit een palliatief team, is in het onderzoek niet in de beoordeelde dossiers aangetroffen'. Binnen de tijdspanne beschikbaar voor het onderzoek was het niet mogelijk om een goed beeld te krijgen van het stadium van de ziekte en de relevante behandelingen. Wel concludeert de inspectie dat de palliatieve zorg nog volop in ontwikkeling is en dat er tussen ziekenhuizen nog grote verschillen zijn. Dit en het feit dat het een bijzonder kwetsbare groep patiënten betreft, maken het wenselijk om in een later onderzoek hier aandacht aan te besteden[82]."
Het is inmiddels 7 jaar later en er is op het gebied van informatie en coördinatie van curatieve oncologische zorg veel gebeurt. Er zijn verhoudingsgewijs nog steeds veel minder gegevens over palliatieve zorg. Van de 32 indicatoren over het longcarcinoom in de transparantiekalender gaat er geen enkele over palliatieve zorg[83]. Tijdens een privé bezoek aan een hospitium kwam aan de orde dat in de betreffende regio patiënten pas kort voor het overlijden aangemeld werden voor opname. Er was nauwelijks tijd om patiënten voldoende te leren kennen om de begeleiding op te starten. Naar de mening van de begeleiding was het ook een indicatie van het onvermogen van de behandelend arts om het overlijden goed bespreekbaar te maken. Voor hen was het interval tussen het moment van aanmelding en het moment van overlijden een goede indicatie voor de kwaliteit van de begeleiding. Het is in ieder geval mogelijk om indicatoren te bedenken. Er lijkt nog steeds voldoende aanleiding om ze te gebruiken. Verbetering van palliatieven radiotherapie is te vinden in het verkorten van de wachttijden tussen aanmelding en eerste contact met de radiotherapeut, en in het verkorten van de wachttijd tussen de intake en de daadwerkelijke bestraling(en). Een aantal afdelingen heeft een zogeheten 'One Stop Shop' ingevoerd, waarbij de patiënt op dezelfde dag de intake, CT-simulatie, planning en bestraling kan ondergaan. Voor patiënten die verder moeten reizen weegt de wachttijd op de afdeling (een secure planning maken en controleren kost vaak meer dan twee uur) meestal op tegen het terugkomen op een andere dag. Het Medisch Spectrum Twente (Enschede) bijvoorbeeld biedt haar patiënten deze mogelijkheid, waarna de patiënt zelf kan kiezen wat het beste past bij zijn situatie. Hiernaast blijft optimaliseren van pijnmedicatie bij het eerste contact cruciaal, aangezien de pijnstillende werking van bestraling vaak een tot vier weken op zich kan laten wachten. Dus ook hier is samenwerking essentieel voor een goed eindresultaat.

Deze indicator palliatieve radiotherapie botmetastasen heeft bij de behandelaars zeker geleid tot meer bewustwording rond deze patiëntengroep. Verschillende afdelingen hebben systeemaanpassingen gedaan om deze patiëntengroep beter te kunnen traceren. Bijvoorbeeld binnen Radiotherapiecentrum West (Medisch Centrum Haaglanden-Bronovo

[82] Inspectie voor de gezondheidszorg (2009). Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Den Haag, maart 2009.

[83] https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/Paginas/transparantiekalender.aspx

in Den Haag) is er een item ‘pijnlijke botmetastase’ toegevoegd in de digitale aanmelding voor radiotherapie. Hiermee kan er bewust op gestuurd worden om patiënten binnen 7 dagen na aanmelding te bestralen.

Gerechtvaardigd vertrouwen in zorg verleend volgens de normen

Het begrip normen is belangrijk in de communicatie over de zorg. Het begrip wordt op verschillende manieren gehanteerd, zeker in relatie tot richtlijnen. In een recente discussie met een wetenschappelijke vereniging kwam het verschil goed tot uiting. Aan de ene kant staat het begrip norm in de context van minimumnorm en dit is een grens waar, na een implementatietijd, niet meer onder gezeten mag worden. Als die grens niet gehaald wordt heeft dit gevolgen. Een voorbeeld daarvan is het stoppen van een behandeling. Dat wil niet zeggen dat niemand zorg levert onder de norm, maar niemand doet het twee opeenvolgende jaren. Een patiënt die een op die manier genormeerde behandeling moet ondergaan weet dat de instelling in het jaar daarvoor aan de norm heeft voldaan. Deze norm is zwaarder dan een richtlijn, want daarvoor geldt ‘voldoe of leg uit’. Voor een minimumnorm geldt ‘voldoe of stop’. Dit soort normen worden nu vaak in een apart document bewaard, hopelijk op een toegankelijke plaats. Zij komen sinds 2011 veelvuldig voor in de oncologie, zie SONCOS[84].

De andere definitie van een norm betreft in de context van een toets- of streefnorm. In die context is een norm een punt op de horizon, iets wat de instelling uit moet dagen om de zorg te verbeteren en tegelijkertijd een gemeenschappelijke doel te geven. Bij een streefnorm weet een patiënt dat een instelling zich inspant om het doel te halen, maar er is geen enkele garantie dat die norm gehaald wordt en het niet halen van de norm heeft geen extern gevolg voor de instelling. In die optiek is een streefnorm een zachter instrument dan een richtlijn. Een voorbeeld van dit type norm is de toegangstijd (wachttijd) tot een instelling.

De interpretatie van de uitslagen van deze indicator hangt dus sterk af van het type norm. De hiervoor geldende streefnorm betreft dat 80% van de patiënten binnen 8 dagen na aanmelding bestraald- en 100% binnen 10 dagen na aanmelding bestraald moeten zijn. De betrokken inspecteurs neigen naar een minimumnorm, de zorgverleners naar een streefnorm. Gezien de kwetsbare positie van patiënten waarbij een pijnlijke metastase moet worden bestraald is het voorstel van de inspectie te streven naar een minimumnorm. Dan is ook helder waarop een patiënt kan vertrouwen. Het minste wat een instelling die de norm niet haalt moet doen is hiervoor een adequate verklaring geven met een in het volgende jaar sterk verbeterde uitslag. Ook dat is goed voor het vertrouwen.

---

[84] http://www.SONCOS.org/

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis behandelt patiënten met botmetastasen met palliatieve radiotherapie

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de (streef)normen

- Behandelt het ziekenhuis nog patiënten met botmetastasen met palliatieve radiotherapie?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven percentage? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Welke acties heeft het ziekenhuis inmiddels genomen om de streefnorm in de nabije toekomst wel te kunnen halen?
- Indien niet meer uitgevoerd
  - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?

Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de (streef)normen

- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Zijn er bepaalde indicaties waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
  - Zo ja: Naar welke instelling verwijst het ziekenhuis door?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?

6 Hart en vaten

U vindt de omschrijving van hart en vaten en de indicatoren die daarbij een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen, hoofdstuk 6.

Het beleid rond hart en vaatziekten is een geschikt voorbeeld om te illustreren hoeveel componenten een rol spelen bij deze aandoeningen. Zo is er een component leefstijl, waarbij roken, beweging en voeding een rol spelen. Daarnaast is er een component preventie, met onder andere dieetadviezen en medicamenteuze interventies gericht op bloeddruk en cholesterol. Ook is er een therapeutische component, met bijvoorbeeld de opvang van een patiënt met een hartinfarct of hartfalen en met chirurgie. Tenslotte speelt aan het eind van het zorgproces na een cardiovasculair incident revalidatie een rol.

Voorgaande opsomming is verre van compleet. Het is duidelijk dat de aanpak van hart en vaatziekten vraagt om een complex systeem, waarin organisaties en zorgverleners optimaal samenwerken. Er is ook nog genoeg te leren, zo blijkt uit de verschillende lerende systemen. De organisatie van de opvang van STEMI patiënten is een mooi voorbeeld hoe een lerende organisatie in beeld gebracht kan worden via een indicator. Tegelijkertijd stellen we vast dat interventies binnen dit complexe zorgproces succes opleveren: in 35 jaar is de sterfte gehalveerd[85]. Tegelijkertijd is de cardiologische zorg een mooi voorbeeld van de wijze waarop de verschillende vormen van toezicht kunnen samenwerken voor kwaliteitsbevordering[86]. Dat betreft dan bijvoorbeeld visitatie, kwaliteitsregistratie, richtlijnen, basisset ziekenhuizen en toezichtsprojecten.

1 *Wie werken (bestuurlijk) samen in de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten?*

Bij de kwaliteitsbevordering van de cardiologie op nationaal niveau wordt (in dit kader) samengewerkt door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), met o.a. de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), de European Society of Cardiology (ESC), het Zorginstituut Nederland (ZiN) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie).

2 *Wat is het gemeenschappelijke doel?*

Optimale en veilige zorg voor hartpatiënten.

3 *Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?*

De NVVC was een van de eerste verenigingen die systematisch de inspectie als derde 'trap' opnam in het visitatiesysteem. Elke maatschap/vakgroep cardiologie wordt gevisiteerd. Als in die visitatie ernstige problemen worden gevonden krijgt de maatschap een kans deze problemen op te lossen. Na een passende periode wordt het ziekenhuis opnieuw bezocht

[85] Overleden in 1970 nog 570 mannen en 660 vrouwen per 100.000 van ieder geslacht aan hart- en vaatziekten, in 2004 zijn dit er 270 en 280. Data CSB, 2005.

[86] Onder kwaliteitsbevordering wordt in dit geval verstaan, kwaliteitsbewaking en beoordeling en vervolgens op basis van dat oordeel actie ondernemen om een gevonden verbeterpunt te realiseren.

en wordt de toestand opnieuw beoordeeld. Is de situatie nog steeds onvoldoende dan wordt de raad van bestuur ingeschakeld, met de vraag om het probleem bij de maatschap aan te pakken. De maatschap wordt dan opnieuw bezocht. Blijkt het probleem nog steeds onvoldoende opgelost, dan wordt de situatie overgedragen aan de inspectie. Waarom vraagt dat vertrouwen? In de eerste plaats omdat alle partijen het vertrouwen moeten kunnen hebben dat de acties van de anderen ingegeven worden door het belang van de patiënt. Is dat vertrouwen er niet, dan is de kans groot dat 'het voordeel van de twijfel' gaat overheersen. Het vraagt ook vertrouwen in de maatregelen van de opvolgende trap. Het accepteren van de grenzen van de eigen mogelijkheden en het 'overdragen' van een collega aan een raad van bestuur is een grote stap. Dat gebeurt alleen als de 'volgende stap' maatregelen kan nemen die de commissie zelf niet kan nemen en die de zorg voor patiënten verbeteren.

4 Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?

In de afgelopen 13 jaar is een systeem ontstaan waarbij twee keer per jaar de NVVC en de inspectie overleggen over welke indicatoren gezamenlijk ingezet kunnen worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De nadruk ligt daarbij op het vinden van indicatoren die een ontwikkeling in gang zetten en veel minder op indicatoren die de huidige staat van de cardiologie 'meten'. Een voorbeeld daarvan was het ontwikkelen van de eerste poliklinische indicator, waarbij uit intern onderzoek van de NVVC was gebleken dat maar 2 à 3 vakgroepen in Nederland in staat waren deze informatie te verzamelen. De open dialoog maakte duidelijk waar de mogelijkheden lagen. Daarnaast had de NVVC voldoende vertrouwen in het proces om te kiezen voor een indicator die mogelijk de beroepsgroep in een negatief daglicht zou kunnen plaatsen.

5 Hoe worden afspraken geformuleerd?

De afspraken rond de indicatoren worden vastgelegd in de basisset ziekenhuizen die vier tot zes maanden voor de start van het registratiejaar wordt gepubliceerd. Afspraken over de nieuwe indicatoren worden gemaakt in de twee jaar vóór het registratiejaar. Toch geeft die lange voorbereidingstijd vaak mogelijkheden om zeer actuele afspraken te maken. Een indicator STEMI, die op dit moment waarschijnlijk wordt opgenomen in de set van ZiN voor spoedprocessen is vanuit het basisset team ontwikkeld in 2009 en is in de basisset vastgelegd in het voorjaar van 2010.

6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

Besluitvorming over opname van indicatoren in de basisset ligt bij het overleg van de bestuurlijke vertegenwoordigers van de basisset partners in de maand mei, ongeveer acht maanden voor de start van het registratiejaar. Daar wordt afgewogen welk deel van het variabelenbudget van de basisset besteed wordt aan de cardiologie. Formeel heeft de inspectie het recht elke indicator op te nemen die noodzakelijk is voor inspectie. In de praktijk is de voorbereiding zo goed en is het vertrouwen tussen de partijen voldoende om ook ingrijpende indicatoren in korte tijd aan te nemen. Collaborative governance en het poldermodel mogen dan synoniemen zijn, de lange discussies zonder besluiten die bij het polderen zouden horen ontbreken geheel.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond hart en vaten?

Het ziekenhuis geeft ten minste drie van de volgende antwoorden

- Sterfte na eerste administratieve consult (EAC) bij de cardiologie patiënt is relatief hoog of laag (voor 2014: hoger dan 8,3% of lager dan 4,6%)
- Het ziekenhuis voert minder dan 20 electieve Aneurysma van de Abdominale Aorta ingrepen (AAA) uit en heeft geen Percutane Coronaire Interventie-functie (PCI). Worden hart en vaatpatiënten in dit ziekenhuis behandeld?
- Zo ja:
  - Is er (integraal) beleid op het gebied van de zorg voor patiënten met hart en vaatproblemen?
  - Op welke wijze wordt een integrale aanpak van een patiënt met hart en vaatziekten gewaarborgd?
  - Hoe wordt de kwaliteit van de samenwerking met de andere ziekenhuislocaties gewaarborgd?
- Het ziekenhuis verricht PCIprocedures bij STEMI patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven is relatief laag of hoog (voor 2014: minder dan 1,4%, of meer dan 3,4%)
- Het ziekenhuis verricht PCIprocedures bij STEMI patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time is relatief kort of lang (voor 2014: minder dan 15 minuten, of meer dan 38 minuten)

Bij deze uitslagen zijn de volgende vragen relevant

- Zijn er beleidsdoelen in de keten?
  - Zo ja:
  - Welke zijn dat?
  - Wat is er bekend over de ketenresultaten?
  - Hoe wordt bepaald of de ketendoelen zijn behaald?

6.1 Vaten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 6.1 en 6.5

Indicatoren

- Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA).
- Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct (carotischirurgie).
- Percentage complicaties (carotischirurgie).

Wat zijn de risico's

Het opereren van een aneurysma van de abdominale aorta is een voorbeeld van een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een groot risico op tijdelijke of permanente schade of op overlijden[87]. Het uitvoeren van deze hoogrisico operatie stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het perioperatief proces op peil blijft. Bij hoogrisico operaties die vaak voorkomen, is dit eenvoudig. Er zijn echter ook operatieve ingrepen die én complex én relatief zeldzaam zijn. Deze ingrepen (waaronder ook scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor. De inspectie vindt het daarom belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van hoogrisicolaagvolume ingrepen.
Concentratie speelt een belangrijke rol bij het waarborgen van de kwaliteit van het team: door voor weinig voorkomende ingrepen de behandeling op één plek te concentreren blijft de ervaring op het gewenste, hoge niveau[88]. Om de kwaliteit van het concentratiebeleid van een ziekenhuis te beoordelen, vraagt de inspectie ook naar andere hoogrisicolaag-volume ingrepen: de operatie aan kanker van de slokdarm (slokdarmresectie, OCR), van de maag (maagresectie), van de alvleesklier (pancreasresectie, Whipple of PPPD), van de blaas (cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom) en van de long (anatomische resectie van de long).

Sinds het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoog-risico verrichtingen. De norm van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)[89] geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve (geplande) AAA-operaties per jaar verricht moeten worden. De inspectie ziet vanaf 2012 toe op de volumenormen van de NVvH en treedt hier zo nodig handhavend bij op.
Een nieuwe indicator in 2013 betreft de carotischirurgie. Het is aangetoond dat bij patiënten

[87] Akkersdijk GJ, Prinssen M, Blankensteijn JD. The impact of endovascular treatment on in-hospital-mortality following non-ruptured AAA repair over a decade: a population based study of 16,446 patients. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004;28:41-46.

[88] Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J (red.). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Tijd voor een brede benadering. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012.

[89] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie versie 1.0 (januari 2011).

met een symptomatische carotisstenose de kans op een (nieuw) herseninfarct het kleinst is als carotisendarterectomie binnen 2 tot 3 weken na een transient ischemic attack (TIA) of nietinvaliderend herseninfarct plaatsvindt[90]. Om de kwaliteit van de tweede en derdelijns zorg te monitoren is het van belang om te weten hoe snel na aanmelding bij de neuroloog een patiënt wordt geopereerd (indicator A). Omdat niet in alle ziekenhuizen carotis-ingrepen worden gedaan, wordt in het geval van doorverwijzing de tijd tussen door-verwijzing door neuroloog naar het opererende ziekenhuis en de operatie geregistreerd, dit was indicator B in de set van 2013. Deze informatie ontbreekt in de carotisregistratie waardoor dit helaas niet apart berekent kan worden.
Een carotisingreep kent een relatief hoog operatierisico (rond de 47% risico op beroerte of overlijden), met name bij patiënten geopereerd binnen 4 weken[91]. De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Omdat de uitkomst enerzijds samenhangt met snelheid van opereren en anderzijds mogelijk met het aantal complicaties, en deze onderling ook gerelateerd zijn, is een combinatie van deze twee indicatoren logisch[92]. Daarnaast geven deze indicatoren de inspectie ook inzicht in de mate waarin twee samenwerkende maatschappen één kwaliteitsbeleid kunnen voeren.

Resultaten

Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) en Bronovo (Den Haag) cijfers dubbel aan (40 ingrepen) en leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) cijfers dubbel aan (73 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor eventuele dubbel tellingen.

90 ziekenhuizen vulden de indicator in, waarvan 66 ziekenhuizen aangaven AAA-operaties te verrichten. Gemiddeld werden er 52 operaties per ziekenhuis gedaan, uiteenlopend van 12 tot 158 ingrepen per ziekenhuis. 2 ziekenhuizen voerden in 2013 minder dan 20 electieve AAA-operaties uit: Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) met 12 ingrepen en Diakonessenhuis (Utrecht en Zeist) met 19 ingrepen. Zij voldeden hiermee niet aan de minimumnorm van 20 electieve AAA-operaties per jaar van de NVvH[93]. Ziekenhuis Amstelland geeft aan dat deze ingrepen vanaf 1 januari 2015 niet meer plaatsvindt. Diakonessenhuis verwacht in 2015 aan de norm te kunnen voldoen.

[90] Waaijer A., Lo T.H., Kappelle L.J. et al. Behandelmogelijkheden voor patiënten met een symptomatische carotisstenose. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1261-6.

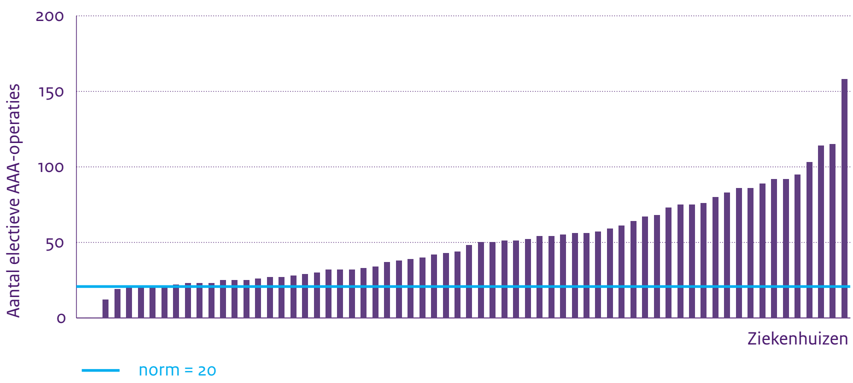
[91] Rockman CB, Maldonado TS, Jacobowitz GR, Cayne NS, Gagne PJ, Riles TS. Early carotid endarterectomy in symptomatic patients is associated with poorer perioperative outcomes. J Vasc Surg 006;44:480-487

[92] Naylor AR. Delay may reduce procedural risk, but at what price to the patient? Eur J Vasc Endovasc Surg 2008;35:383-391

[93] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

Figuur 6.1.1

Aantal electieve AAA-operaties per ziekenhuis (n=66)



Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct (carotischirurgie)

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) en Bronovo (Den Haag) cijfers dubbel aan (51 ingrepen) en leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) cijfers dubbel aan (66 ingrepen) en leverden AMC (Amsterdam) en Flevoziekenhuis (Almere) cijfers dubbel aan (24 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor eventuele dubbel tellingen.

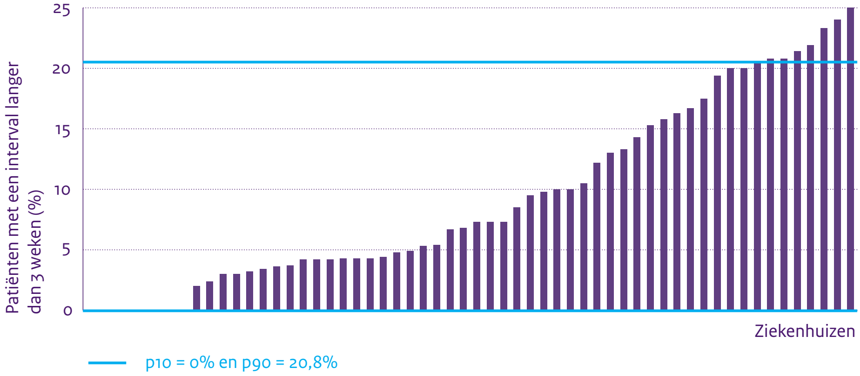
In totaal werden er 2.181 behandelingen bij patiënten met een TIA/herseninfarct uitgevoerd in 57 ziekenhuizen, variërend van 4 tot 138 behandelingen per ziekenhuis. De norm van de NVvH[94] geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 10 behandelingen verricht moeten worden. Onder deze norm zitten het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) met 4 behandelingen en het LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) met 6 behandelingen. LangeLand geeft aan dat zij per juli 2014 gestopt zijn met het uitvoeren van deze behandeling.

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het eerste contact met de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend herseninfarct en de operatie (indicator A), werd door 58 ziekenhuizen aangeleverd. 30 ziekenhuizen gaven aan dat er in hun ziekenhuis geen carotischirurgie werd verricht. In 6 ziekenhuizen werden alle patiënten binnen 3 weken behandeld. Gemiddeld was het interval tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend herseninfarct en de operatie bij 9,4% van de patiënten langer dan 3 weken. De mediaan in aantal dagen (doorlooptijd) lag gemiddeld op 11 dagen (met een range van 3 tot 17 dagen).

[94] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 2.0 september 2011. NVvH, september 2011.

Figuur 6.1.2

Percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen aanmelden TIA/herseninfarct en operatie (n=58)



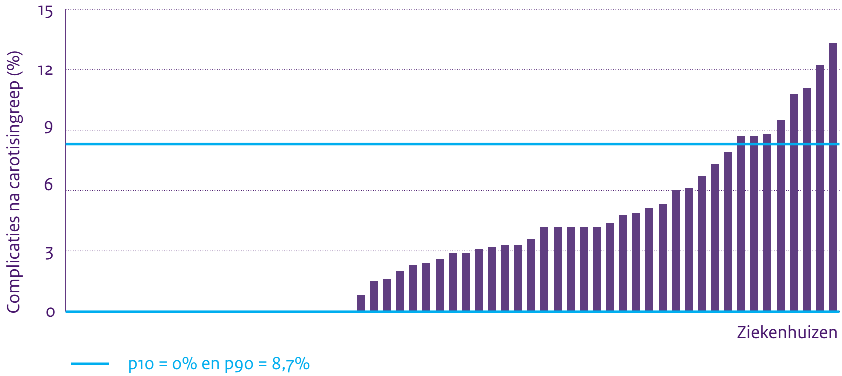
Percentage complicaties (carotischirurgie)

Voor zover bekend bij de inspectie leverden Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) en Bronovo (Den Haag) cijfers dubbel aan (51 ingrepen) en leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) cijfers dubbel aan (65 ingrepen) en leverden AMC (Amsterdam) en Flevoziekenhuis (Almere) cijfers dubbel aan (24 ingrepen) voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbel tellingen.

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens opname een beroerte doormaakt of overlijdt, is door 60 ziekenhuizen aangeleverd. Gemiddeld lag het percentage complicaties na een carotisingreep op 3,4% (in 2013 was dit 1,9%).

Figuur 6.1.3

Percentage complicaties na een carotisingreep (n = 60)



Aandachtspunten bij het volume van risicovolle vaatchirurgische interventies en de daarbij horende indicatoren

Indicator enigszins gestandaardiseerd met komst van de DACI

In 2013 is de kwaliteitsregistratie voor carotischirurgie gestart. 2014 was het eerste volledige registratiejaar. Volgens afspraak mochten ziekenhuizen dit jaar volstaan met het leveren van data over die patiënten die in de kwaliteitsregistratie waren ingevoerd, onder voorwaarde dat zij in 2014 waren gestart met de registratie.

De vergelijking met de gepubliceerde Dutch Audit for Carotid Interventions (DACI) gegevens (waar de indicatordata van zouden moeten zijn afgeleid) is interessant. In de eerste plaats is het aantal ziekenhuizen dat in beide systemen deelneemt ongeveer vergelijkbaar. Gecorrigeerd voor ziekenhuizen die operatiegegevens op twee plaatsen hebben aangeleverd (wat vergelijking zeer hindert), hebben 60 ziekenhuizen data aangeleverd bij de inspectie (6 dubbel, dus 57 uniek), twee ziekenhuizen meer dan in de DACI. Het is niet bekend welke ziekenhuizen niet in de DACI zitten, ook omdat de DACI meldt dat alle ziekenhuizen registreren. In het jaarverslag is wel te zien dat twee ziekenhuizen geen data over 2014 hebben aangeleverd. Dat zou het verschil verklaren. Drie groepen (Elisabeth - Tweesteden, Bronovo-Haaglanden en Flevo-AMC), gaven 141 ingrepen dubbel op. In totaal werden er bij de inspectie dus 2.181 ingrepen gemeld in 2014, tegen 2110 in de DACI, een verschil van 71.

De gegevens zouden overeen moeten komen met de resultaten van de indicator 6 van de transparantiekalender. Dat wil zeggen het interval tussen de 'datum eerste consult tweede lijn' (technisch: dat1cons) en de operatiedatum (datok). Op zich is het opmerkelijk dat er voor dit interval is gekozen en niet voor de ook in de registratie aanwezige datum eerste klacht (dat1klacht). In dit geval is het interval tussen de TIA en de operatie bepalend voor het nut van de ingreep, niet het eerste consult. Dat interval zou volgens de Nederlandse richtlijn niet meer dan 3 weken moeten zijn. Buitenlandse instellingen (onder andere Zweedse) gaan hier uit van 2 weken. De keuze is wel voorstelbaar. Dit is het interval dat het ziekenhuis zelf kan beïnvloeden en dus verbeteren. Het gemiddelde in de DACI over 2014 is 85% van de patiënten binnen 3 weken, bij de inspectie 90,6%. Bij de DACI resultaten zijn 50% meer patiënten na een langer interval geopereerd.

Hoewel de startdatum van het interval duidelijk in de registratie is opgenomen en gedefinieerd is in de data dictionary, is er toch een grote variatie in de antwoorden op de vraag, hoe hebt u de aanmelddatum bij de neuroloog bepaald? Het Franciscus Gasthuis (Rotterdam) geeft de duidelijkste informatie, omdat het ook aangeeft hoe informatie is verkregen als de patiënt verwezen is uit een ander ziekenhuis, op het moment dat het eerste consult neuroloog niet in het eigen ziekenhuis is uitgevoerd. Er zijn drie ziekenhuizen die de startdatum hebben bepaald op basis van DBC of DOT gegevens. Het MCL (Leeuwarden) maakt een interessante opmerking. In de terugrapportage van de DICA bedoeld voor rapportage aan o.a. de inspectie worden ook de patiënten zonder TIA meegenomen.
Op zich is het niet verkeerd om ook patiënten die nog geen TIA hebben gehad, maar wel

een vernauwde carotisslagader hebben binnen een kort interval te opereren. Het doel is immers de TIA te voorkomen, maar het is niet het interval wat gevraagd is na een TIA.

Ook de vergelijking van het aantal complicaties is interessant. De gekozen indicator is in 2011 afgesproken met de neurologen en chirurgen. Het gaat in dit geval om overlijden of een beroerte. Opvallend is dat dit aantal sterk is toegenomen in 2014 (3,4%) t.o.v. 2013 (1,9%). Deels kan dat komen omdat de DACI twee jaar later bij het vaststellen van de indicatoren voor de transparantiekalender een andere indeling heeft gevolgd, maar toch zou de uitslag moeten lijken op 1,2% (sterfte, (status) plus 6,1% (minor of major neurologisch event. neu-event), is 7,3% complicaties. Een overeenkomstige uitslag is dat 3,4% van de patiënten een nabloeding krijgt.

Hieruit blijkt dat er duidelijk nog afstemming noodzakelijk is.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal electieve AAA-operaties is minder dan 20 per jaar

- Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende registratiejaar nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 20 van januari 2011. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van AAA-operaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
  - Wat is het beleid van het ziekenhuis rond de inzet van vaatchirurgen?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
  - Welke regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle spoedeisende ingrepen?
  - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en de regionale ambulancevoorziening?
  - Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA-patiënten met spoedindicatie[95]?

Het aantal electieve AAA-operaties ligt tussen de 20 en de 30 per jaar

- Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
- Wat is de verhouding tussen de electieve AAA-operaties en de acute AAA-operaties?

---

[95] Seegers J, Van Engelenburg T. Spoedchirurgen in spagaat. Medisch Contact. 2011; 39, 2377-79.

- Zijn de operaties uitgevoerd op dezelfde locatie met hetzelfde team (OK, IC, verpleegafdeling etcetera)?
- Heeft het ziekenhuis een 24uursdienst voor de vaatchirurgie?
- Voldoet het ziekenhuis aan alle eisen van de gestelde normen? Zo nee, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te kunnen blijven voldoen?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis voor andere hoogrisicolaagvolume ingrepen (zoals de pancreasresectie, cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom, slokdarmresectie)?
- Zijn er ook ingrepen die het ziekenhuis niet uitvoert? Zo ja: Zijn daarover regioafspraken gemaakt?
- Hoe is de verdeling van EndoVasculaire Aneurysma Repair (EVAR) en open ingrepen bij AAA?

Het ziekenhuis geeft aan geen AAA-operaties te verrichten en patiënten door te verwijzen

- Hoe ziet het verwijsbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
- Hoe is de opvang van spoedpatiënten georganiseerd?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA-patiënten met spoedindicatie, inclusief afspraken met de regionale ambulancevoorziening[96]?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief laag (voor 2014: gelijk aan 0%)

- Wat zijn de afspraken tussen vaatchirurgie en neurologie over de overdracht? Wordt het aanmeldmoment doorgegeven aan de vaatchirurg?
- Worden de processen geaudit?
- Houdt het ziekenhuis een gezamenlijke complicatieregistratie bij voor neuroloog en vaatchirurg?
- Wat is de uitkomst op de indicator percentage complicaties?
- Is het beleid een afweging geweest tussen het gunstige effect van vroeg opereren en het mogelijk verhoogde risico op complicaties door vroeg opereren?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief hoog (voor 2014: hoger dan 20,8%)

- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage heroperaties?
- Hoe is de aanspreekcultuur in het ziekenhuis?
  - Spreken neurologen de vaatchirurgen aan als het termijn niet gehaald wordt?
  - Wanneer spreken vaatchirurgen de neurologen aan bij een vertraging in de verwijzing?
  - Zijn er afspraken over termijnen en overdracht?

---

[96] Seegers J, Van Engelenburg T. Spoedchirurgen in spagaat. Medisch Contact. 2011; 39, 2377-79.

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief laag (voor 2014: 0%)

- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar de kwaliteit van het registreren?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief hoog (voor 2014: hoger dan: 8,7%)

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

6.2 Sterfte na eerste consult

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, paragraaf 6.2.

Indicator

- Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie.

Wat zijn de risico's

Hart en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en invaliditeit in Nederland. In 2011 stierven in Nederland 38.132 personen (17.881 mannen en 20.251 vrouwen) aan een hart- en vaatziekte[97]. Het sterftecijfer is mede door medisch technologische toepassingen de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald. Voor vrouwen met ruim 70% en voor mannen met ruim 60%[98]. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Deze indicator geeft de inspectie inzicht in de zorg voor patiënten met chronische problemen.

Resultaten

Sterfte na eerste consult

De sterfte na het EAC[99] op de poliklinische cardiologie is door 90 ziekenhuizen aangeleverd. Gemiddeld was de sterfte na een EAC 6,5% met een spreiding van 1,2% tot 11,4%. Dit gemiddelde is met 0,5 procentpunt afgenomen ten opzichte van 2013, met een kleine afname in de spreiding. Tergooi (Hilversum) heeft in de toelichting aangegeven dat zij een steekproef hebben gedaan van 3 maanden. Dit ziekenhuis is wederom niet in staat om betrouwbare mortaliteitsgegevens te verzamelen.

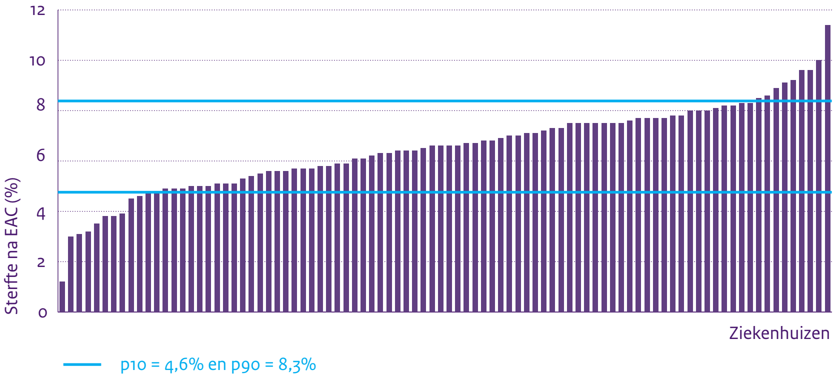
[97] Nationaal Kompas Volksgezondheid (2015). http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/hart-en-vaatziekten-samengevat/ (geraadpleegd op 28-8-2015).

[98] Nationaal Kompas Volksgezondheid (2015). http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/hart-en-vaatziekten-samengevat/ (geraadpleegd op 28-8-2015).

[99] Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal een medisch specialist van een poortspecialisme met een zorg- vraag consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd indien in de twaalf maanden vooraf- gaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Figuur 6.2.1

Percentage sterfte van patiënten van 70 jaar en ouder dan 70 in het jaar na EAC (n=90)



Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicator

Laatste jaar Sterfte na eerste consult

Dit is het laatste jaar dat de indicator sterfte na het eerste consult wordt uitgevraagd. De indicator was opgenomen op aandringen van het toenmalige NVVC bestuur en was een belangrijke eerste aanzet tot het denken over het gebruik van uitkomstindicatoren. Het was een relatief simpele indicator voor de wijze waarop er door cardiologen wordt gekeken naar de populatie waarvoor zij zorgen. Op dat moment bestond nog het idee dat een indicatorenset uiteindelijk vooral uit uitkomstindicatoren zou moeten bestaan. Inmiddels is duidelijk dat die opvatting gebaseerd was op verkeerde aannames. In de eerste plaats houdt de inspectie toezicht op het gedrag van zorgverleners in het zorgproces, veel minder op de gemeten uitkomst van dat gedrag bij een patiëntenpopulatie. Er kan aanleiding zijn om een onderzoek te starten bij een slechte uitkomst. Er zijn alleen vaak vele factoren die de uitkomst bepalen en het zoeken naar welk gedragselement de uitkomst heeft veroorzaakt blijkt vaak niet productief. Deze indicator laat dat eenvoudig zien. Er is veel energie besteed door cardiologen om te achterhalen wat de oorzaak was van een hoge sterfte, maar daarbij is nooit een succesvol resultaat gerapporteerd. Dat gebrek aan succes werd vaak veroorzaakt door 'kennis' factoren, zoals het verklaren van een ten opzichte van anderen hoge sterfte door het onderzoek van de eigen dossiers[100]. Vaak werd het ook verklaard door aannames over populatieverschillen. In de tweede plaats is de opvatting over wat een uitkomst is niet eenduidig. Een uitkomst van een kwaliteitsbewakingsproces kan zijn dat een vakgroep cardiologie zijn eigen uitkomsten analyseert. Voor de vakgroep zelf is dat een procesindicator 'zij voeren het proces uit'. Voor de vereniging is het de uitkomst van een stimulatieproces van die analyses. Voor de inspectie is het hebben van de structuur 'kwaliteitsregistratie NCDR', een uitkomst van een toezichtsproces, waarin gevraagd wordt naar het gebruik van de registratie. Kortom, het verschil tussen structuur, proces en uitkomst is afhankelijk van het perspectief van de waarnemer en minder een hard gegeven dan gedacht bij de start van de basisset in 2003. De eindconclusie van het experiment uitkomst 'sterfte op de polikliniek' is in ieder geval dat deze indicator niet verder ontwikkeld wordt en per 1 januari 2015 na 5 jaar vervallen is in de basisset. De uitkomst van 12 jaar experimenteren met verschillende uitkomstindicatoren in de basisset is dat het vastleggen van een verplicht percentage uitkomstindicatoren in een basisset in het gunstigste geval irrelevant is, omdat het geen fundamenteel onderscheid is tussen de typen indicator. In het slechte geval is het gevaarlijk, omdat het medisch specialisten dwingt tot analyses waarvan het nut niet kan worden aangetoond. Uitkomstindicatoren zijn een hulpmiddel om een risico in kaart te brengen en een basisset moet risico gestuurd zijn, niet indicatortype gestuurd.

---

[100] HRT 2013 Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicatoren

Welke vragen vind de inspectie belangrijk bij een opvallende uislag?

De sterfte in het eerste jaar na het EAC voor de cardiologie is relatief hoog of laag (voor 2014: hoger dan 8,3% of lager dan 4,6%)

- Welk inzicht heeft de maatschap cardiologie in de populatie waaraan poliklinische zorg wordt geleverd?
- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was de uitkomst?
- Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
- Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die verbeterd kunnen worden?
- Is het sterftecijfer bepaald met behulp van het Burger Service Nummer/Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegeven? Zo niet:
  - Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de cijfers en wat was daar het resultaat van?
  - Hoe weet het ziekenhuis dat alle, of ten minste een groot deel van de sterfgevallen zijn opgespoord?
  - Waarom krijgt het ziekenhuis, terwijl dat wel mogelijk is, geen sluitende registratie rond?
  - Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft (DIPR, DSCA, DUCA, NBCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, ondervoeding)?
  - Welke maatregelen heeft het ziekenhuis genomen om de zorg betreffende cardiologie intern te kunnen evalueren?
  - Kan het ziekenhuis het resultaat hiervan laten zien?

Het totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder dat zich poliklinisch bij de cardioloog heeft gepresenteerd voor een EAC is relatief laag

- Hoe garandeert het ziekenhuis dat de behandeling van kleine aantallen patiënten voldoet aan de standaarden van verantwoorde zorg?

6.3 Behandeling patiënten met een STEMI

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, paragraaf 6.3.

Indicator

– Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI).

Wat zijn de risico's

Patiënten met een hart of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties. Dit komt terug in de vragen bij de indicator behandeling patiënten met een STEMI. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten met een STEMI gebaat zijn bij adequate hartrevalidatie en dat in Nederland hieraan te weinig patiënten deelnemen[101]. Derhalve wordt met deze indicator vastgesteld of mensen met een STEMI nu deelnemen aan revalidatie, conform de richtlijn Hartrevalidatie. Door deze indicator krijgt de inspectie met name inzicht hoe de samenwerking verloopt, hoe de samenhang in de keten is en welke informatie het ziekenhuis heeft over zichzelf en over de keten waarin het ziekenhuis werkt.

Resultaten

Behandeling patiënten met een ST-evaluatie acuut myocardinfarct (STEMI)

Alle 90 ziekenhuizen waarop de indicator van toepassing is, gaven aan dat er in de regio schriftelijke afspraken zijn voor de zorg voor patiënten met een acuut infarct waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI-centrum voorop staan. Deze ziekenhuizen gaven ook aan dat er bij deze afspraken een regionale ambulancedienst betrokken was. Op Orbis Medisch Centrum (Sittard) na, vulden alle ziekenhuizen ook in welke regionale ambulancedienst dit betrof. Alle ziekenhuizen gaven aan dat reeds vanuit de ambulance contact is opgenomen met het PCI-centrum. Met uitzondering van Tergooi (Hilversum) gaven alle ziekenhuizen aan dat in de ambulance werd gestart met relevante medicatie. Tergooi heeft hier geen toelichting op gegeven.
In 60 ziekenhuizen werden geen PCI-procedures uitgevoerd. 30 ziekenhuizen gaven aan PCI-procedures te verrichten, ook bij patiënten met een STEMI. Deze ziekenhuizen beschikten allemaal over een WBMV-vergunning en voerden gemiddeld 401 PCI-procedures uit, met een spreiding van 128 tot 1.630. Er is een enorme stijging te zien in de range ten opzichte van 2013 (24 tot 825), dit komt vooral door de uitschieter UMCG (Groningen) met 1.630 procedures.
Alle ziekenhuizen gaven aan de acute PCI's 24x7 uit te voeren. Gemiddeld participeerden

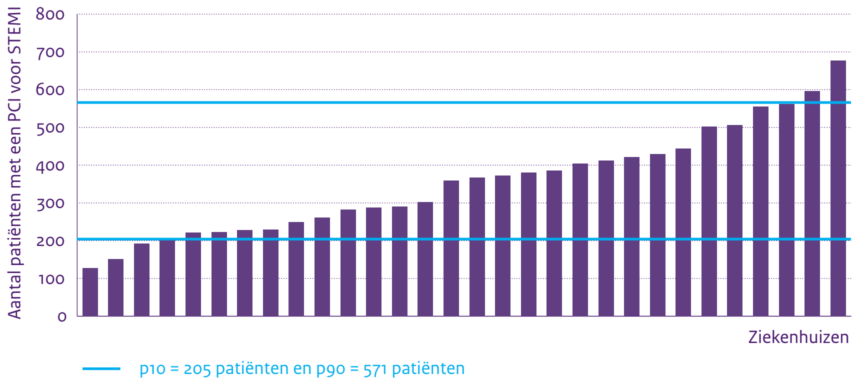
---

[101] Revalidatiecommissie NVVC / NHS en projectgroep PAAHR, Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie 2011.

6 interventiecardiologen in de 'acuut infarctzorg' van een centrum. Het aantal interventiecardiologen moet volgens de richtlijn minimaal 4 zijn[102], alle ziekenhuizen voldeden in 2014 aan deze norm.

Figuur 6.3.1

Aantal patiënten met een PCI voor STEMI (n=30)

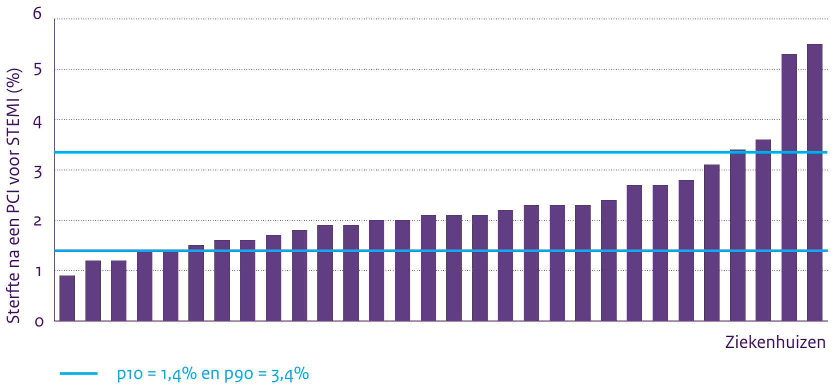


Het percentage patiënten dat na PCI door STEMI is overleden (exclusief patiënten die voor PCI al in een reanimatiesetting verkeren) was gemiddeld 2,3%, (2,0% in 2013) met een spreiding van 0,9% tot 5,5%. 22 ziekenhuizen leverden hun sterfte op basis van de 30-dagen mortaliteit aan, de gemiddelde 30-dagen mortaliteit bedroeg 2,5%. 8 ziekenhuizen leverden de sterfte op basis van de ziekenhuissterfte aan, gemiddeld was de sterfte in deze groep 1,9%. Er waren 2 uitschieters, Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) met 5,5% en Tergooi (Hilversum) met 5,3%.

[102] Volume normen cardiologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, juni 2011.

Figuur 6.3.2

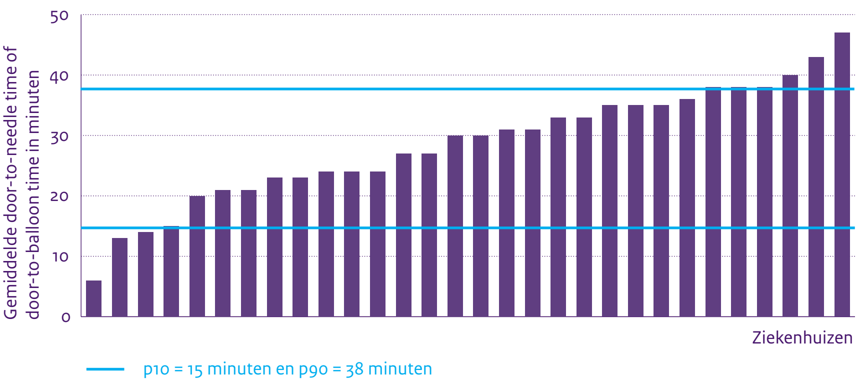
Percentage sterfte na een PCI voor STEMI (n=30)



Alle 30 PCI-centra leverden de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* aan, 4 ziekenhuizen gebruikten hiervoor een steekproef. Gemiddeld was de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* 29 minuten, uiteenlopend van 6 tot 47 minuten.

Figuur 6.3.3

Gemiddelde *door-to-needle time* of *door-to-balloon time* in minuten (n=30)

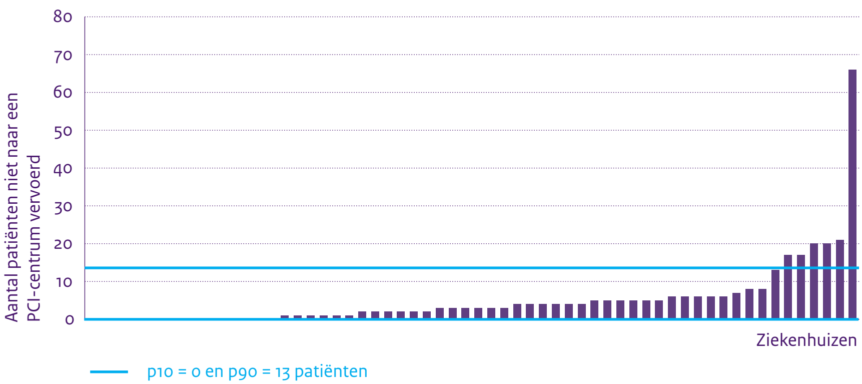


Alle 60 ziekenhuizen die geen patiënten met STEMI behandelden, hadden schriftelijk vastgelegde afspraken met een regionaal PCI-centrum voor de behandeling van patiënten die zich in het eigen ziekenhuis meldden met een acuut myocardinfarct. Ook hadden alle ziekenhuizen interne afspraken gemaakt om vertragingen in het begin van de behandeling

van patiënten met een acuut infarct te voorkomen. Bij alle ziekenhuizen was er een regionale ambulancedienst betrokken bij het maken van afspraken met het regionale PCI-centrum.
In totaal presenteerden 2.042 patiënten met een STEMI zich op de Spoed Eisende Hulp (SEH) of Corony Care Unit (CCU) van de ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelden. Gemiddeld waren dit 34 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van 5 tot 181 patiënten. Van de 2.042 patiënten werden 1.725 (84%) vervoerd naar een PCI-centrum, met een spreiding van 2 tot 161 patiënten. In 2013 was dit 77%. Gemiddeld werden 5 patiënten met een STEMI niet doorverwezen naar een PCI-centrum, met een spreiding van 0 tot 66 patiënten (in 2013: 9 patiënten met een spreiding van 0 tot 130). In de toelichting gaven ziekenhuizen hiervoor o.a. als verklaring dat deze patiënten al teveel vertraging hadden, dat de patiënten in een te slechte conditie voor een PCI waren of dat patiënten geen interventie wensten. De uitschieter van 66 patiënten is afkomstig van Groene Hart Ziekenhuis (Gouda). Het ziekenhuis geeft hiervoor geen verklaring. In 15 ziekenhuizen werden alle patiënten doorverwezen (variërend van 5 tot 39 patiënten per ziekenhuis).

Figuur 6.3.4

Aantal patiënten niet naar een PCI-centrum vervoerd (n=60)



Hartrevalidatie

76 ziekenhuizen bieden patiënten na een STEMI zelf een op maat gemaakt programma voor hartrevalidatie aan. Bij 79 ziekenhuizen was het aantal patiënten bekend, voor gemiddeld 94 patiënten (79%) is hartrevalidatie verzorgd. In totaal is er van 7.502 patiënten bekend dat ze mimiaal een intake hebben gehad voor hartrevalidatie. Het aantal patiënten dat volgens de indicator in aanmerking kwam voor hartrevalidatie is 9.810. Het totaal aantal patiënten met een acute PCI was 12.025. 4 PCI-centra, Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag), Erasmus MC (Rotterdam), Maasstad Ziekenhuis (Rotterdam), Amphia Ziekenhuis (Breda), verwijzen patiënten door naar een ander ziekenhuis of revalidatiecentrum, maar er zijn geen gegevens bekend bij hoeveel patiënten hartrevalidatie is verzorgd.

Aandachtspunten voor de behandeling patiënten met een STEMI en de daarbij horende indicatoren

Een betrouwbaar proces is belangrijk maar vraagt ook goede infrastructuur

Bij de invoering van de indicator voor de behandeling van patiënten met een STEMI was een aantal uitgangspunten vooraf duidelijk tussen NVVC en inspectie:

1. Het basisprincipe van de behandeling is om de patiënt zo vlot mogelijk, zonder onnodig oponthoud te behandelen met een PCI.
2. De patiënt heeft baat bij een goed gestandaardiseerd, vlot verlopend proces.
3. Elke stap in het proces heeft een bijdrage aan het succes van het geheel.
4. Meerdere organisaties en zorgverleners moeten samenwerken om die doelstelling te bereiken.
5. Er moet inzicht zijn in de belangrijkste procesmaten.

Hierbij is opvallend dat bijvoorbeeld het laatste punt ook in detail is uitgewerkt in de richtlijn. Een symptoom van het belang dat gehecht wordt aan een gestandaardiseerde procesgang is ook dat er één Europese richtlijn is. Dit is ook een goed voorbeeld voor velden waarbij er regelmatig een conflict ontstaat over de interpretatie van de naast elkaar bestaande nationale en Europese normen. Dat is het goede nieuws. Het slechte nieuws is dat zodra een van de afgesproken maten door een inspectie wordt uitgevraagd er een grote variatie blijkt te bestaan in het inzicht in de eigen situatie. Tussenstops op de SEH, *door-to-balloon time* en nu dus de mate waarin patiënten hartrevalidatie aangeboden krijgen laten alle hetzelfde patroon zien. Er is een grote variatie in meetmethoden. Daarnaast is er onvoldoende inzicht in de betekenis van getallen, die ook te vaak niet worden geïnterpreteerd door de deskundige cardiologen. Als er inzicht noodzakelijk is over instellingen heen, beperken veel instellingen zich tot de patiëntengroep waarvan het gehele zorgproces zich binnen de instelling voltrekt.

Uit de gegevens blijkt dat er in totaal van 7.502 patiënten bekend is dat ze mimiaal een intake hebben gehad voor hartrevalidatie. Het aantal patiënten dat volgens de indicator in aanmerking kwam voor hartrevalidatie is 9.810. Het totaal aantal patiënten met een acute PCI was 12.025. Het aantal patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden exclusief patiënten die voor PCI al in de reanimatie setting verkeerden, is 229. Van de 12.025 weten we van 9.810 patiënten wat is gebeurd, bij 1.986 patiënten is onbekend wat er is gebeurd.

Het is dan ook toe te juichen dat de NVVC het NVVC Connect project heeft gestart, waarbij de doelen van het deelproject voor het Acuut Coronair Syndroom in grote mate overeenkomen met de bovenstaande punten[103]. Drie jaar na de start zijn 18 van de 24 regio's aangesloten. Dit lijkt een essentiële stap voor verdere ontwikkeling. Voorwaarde is dan wel dat de deelnemende regio's een goed inzicht hebben in het regionale proces en dat ook

[103] www.nvvcconnect.nl/acs/projectopzet-doelen

kunnen laten zien. Op dit moment is dat nog niet zichtbaar in de data. Dat is geen aanleiding om het project te herzien, maar juist om het met grote kracht door te zetten.

Welke vragen vind de inspectie belangrijk bij een opvallende uislag?

In de ambulance wordt niet gestart met de medicatie relevant voor cardiale aandoeningen

– Welke afspraken zijn er over het vroeg starten van de behandeling in de ambulance (ook CVA, trauma etc. meenemen)?
– Volgens de richtlijn STEMI moet in de ambulance gestart kunnen worden met de medicatie. Wat heeft het ziekenhuis gedaan om dit beleid te implementeren?

De verandering ten opzichte van 2013 in het aantal aangeboden STEMI patiënten op een SEH is groter dan 50%

– Wat is de verklaring voor de meer dan 50% toe of afname van het aantal patiënten in 2014 ten opzichte van 2013?
– Welke andere onderdelen van de richtlijn STEMI zijn aangepast of behoeven aanpassing?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden is relatief hoog of laag (voor 2014: meer dan 3,4%, of minder dan 1,4%)

– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was daar de uitkomst van?
– Is er een vergelijking gemaakt binnen de landelijke database (CIDR)?
– Hoe worden complicaties geanalyseerd?
– Is de sterfteregistratie volledig?
    - Zo ja: Hoe, hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die in een reanimatiesetting worden binnengebracht?
– Hoe volgt het ziekenhuis patiënten die na een PCI zijn overgeplaatst naar een ander ziekenhuis?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time is relatief kort (voor 2014: minder dan 15 minuten)

– Hoe heeft het ziekenhuis de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* bepaald?
– Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op de PCI?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time is relatief lang (voor 2014: meer dan 38 minuten)

– In de ‘ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with STsegment elevation’ staan acceptabele delaytijden genoemd[104]. Hoe waarborgt het ziekenhuis een tijdige PCI?

---

[104] Zie voor intervallen p. 2577: ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619.

– Welke maatregelen gaat het ziekenhuis nemen om de gemiddelde *door-to-needle* of *door-to-balloon time* te verkorten?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en had een steekproef nodig om de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time te bepalen

– Welke informatie heeft het ziekenhuis wèl standaard beschikbaar omtrent de beheersing van het PCIproces?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en het aantal STEMI patiënten dat in het ziekenhuis op de SEH of CCU is gepresenteerd is relatief hoog (voor 2014: meer dan 67)

– Welke definitie hanteert het ziekenhuis voor het 'presenteren' van patiënten met een STEMI op de SEH of Coronary Care Unit (CCU)?
– Welke andere delen van de richtlijn STEMI zijn niet ingevoerd in deze regio?
– Wat is daar de verklaring voor?
– Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het relatieve hoge aantal STEMIpatiënten dat in het ziekenhuis op de SEH of de CCU is gepresenteerd?
– Welke functie heeft het presenteren van patiënten met STEMI op de SEH door een ambulance?
– Wat voor regionale afspraken zijn er gemaakt over STEMI en over (directe) verwijzing van andere risicovolle spoedeisende ingrepen, zoals een aneurysma dat dreigt te barsten?
– Hoe bewaakt en evalueert het ziekenhuis deze afspraken? Welke afspraken zijn er met de regionale ambulancedienst over feedback?
– Wat is de gemiddelde en wat is de maximale duur van verblijf op de SEH van moment van binnenkomst tot moment van vertrek?
– Wat is het interval van deur tot diagnose[105]?
– Wat is de procedure als patiënten met een STEMI zich presenteren of gepresenteerd worden op de SEH of CCU?
– Hoe bewaakt en evalueert het ziekenhuis deze procedure?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en het verschil tussen het aantal patiënten met een STEMI gepresenteerd op de SEH of CCU en het aantal patiënten dat is vervoerd naar een PCI centrum is relatief groot (voor 2014: meer dan 51)

– Welke definitie hanteert u voor het 'presenteren' van patiënten met een STEMI op de SEH of CCU?
– Hoe bewaakt het ziekenhuis de indicatiestelling voor een PCI?
– Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom relatief veel patiënten niet voor een acute PCI worden doorverwezen, terwijl dat volgens de richtlijn de behandeling van eerste keuze is?
– Is bekend wat de uitkomst is in deze patiëntengroep, o.a. in cardiale functie?

---

[105] Zie voor intervallen p. 2577: ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619.

6.4 Evaluatie na inbrengen Pacemakers en ICD's

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, paragraaf 6.3.

Indicatoren

- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's.

Wat zijn de risico's

Pacemakerimplantaties worden bijna 10.000 maal per jaar in Nederland uitgevoerd. In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis worden pacemakers geïmplanteerd. Dat geldt niet voor pacemakers in het kader van resynchronisatietherapie bij hartfalen (biventriculaire pacemakers) en Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD's), met of zonder biventriculaire pacing. De meest voorkomende indicaties voor pacemakerimplantaties betreffen bradycardie en/of hartfalen. Pacemakerimplantatie kan gepaard gaan met diverse complicaties, waaronder infectie van het geïmplanteerde systeem en dislocatie of breuk van de pacemakerdraad. Complicaties leiden tot versnelde vervanging en/of langer verblijf in het ziekenhuis. In de zorgketen zijn diverse disciplines actief: cardioloog, pacemaker-technici en gespecialiseerde verpleegkundigen, vaak ook nog assistent-geneeskundigen al dan niet in opleiding. Coördinatie van de zorgketen is van groot belang omdat dit complicaties kan voorkomen. De indicator implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's geeft de inspectie inzicht hierin. Daarnaast beschouwt de inspectie registratie en analyse van gegevens over pacemakerimplantaten als belangrijk voor een goede kwaliteit van zorg. Ook geeft deze indicator inzicht in de mate waarin medisch specialisten zich conformeren aan de door de beroepsgroep aanbevolen kwaliteitsregistraties. Daarnaast is dit ook een maat voor de kwaliteit van infectiepreventie.
Deelname aan de landelijke registratie is belangrijk voor het opsporen en adequaat behandelen van problemen bij deze implantaten.

Resultaten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan voor beide indicatoren. De hier gepresenteerde gegevens zijn voor dubbeltellingen gecorrigeerd.

Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens

89 van de 90 ziekenhuizen verrichtten in 2014 pacemakeroperaties. 81 ziekenhuizen (91%) gaven aan voor de registratie van het aantal ingebrachte pacemakers gebruik te maken van de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), voorheen de landelijke database Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR). 4 ziekenhuizen (4,5%) gebruikten een eigen registratie met externe standaard en 4 ziekenhuizen (4,5%) gebruikten een eigen registratie en maakten geen gebruik van een externe standaard. Van deze laatste 4 ziekenhuizen

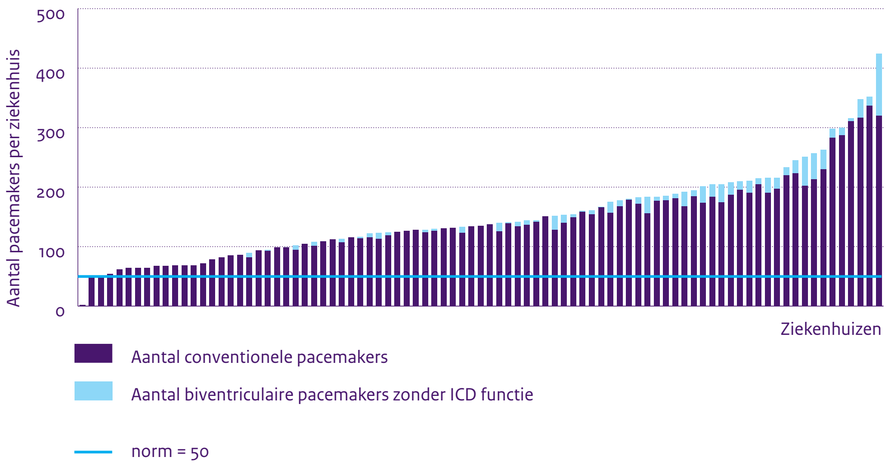
(Maastricht UMC+, Gemini Ziekenhuis, Den Helder, Wilhelmina Ziekenhuis, Assen en AMC, Amsterdam) gaf Wilhelmina Ziekenhuis Assen aan wel gegevens te toetsen aan de hand van de NCDR aanlevering.
Deelname aan de landelijke registratie is gewenst door de NVVC. Met name voor het signaleren van problemen en daaropvolgende recalls (het door de leverancier terughalen van een hulpmiddel) is het deelnemen aan een landelijke registratie van belang.

Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's

In 2014 werden 13.152 pacemakers geïmplanteerd in 87 ziekenhuizen, waarvan 807 biventriculaire pacemakers. Per ziekenhuis werden gemiddeld 140 conventionele en 14 biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie geïmplanteerd. In 57 ziekenhuizen werden zowel de conventionele als de biventriculaire pacemakers geïmplanteerd en/of verwisseld.
Het aantal geïmplanteerde biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie liep uiteen van 0 tot 104, voor de conventionele pacemakers van 2 tot 337. In 2013 werden totaal 12.209 conventionele pacemakers geïmplanteerd en 680 biventriculaire pacemakers.
Voor het implanteren van pacemakers is de norm door de NVVC vastgesteld op 50 per jaar[106]. Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) heeft met 2 niet aan deze norm voldaan, het ziekenhuis geeft geen toelichting hierop. Maasziekenhuis Pantein (Boxmeer) heeft met 49 net niet aan de norm voldaan en ook zij geven geen toelichting

Figuur 6.4.1

Aantal pacemakers per ziekenhuis (n=87)



[106] https://www.nvvc.nl/richtlijnen/indicatoren-en-normen

In totaal werden in 2014 6.189 ICD's geïmplanteerd in 30 centra, waarvan 4.111 ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie en 2.487 biventriculaire pacemakers met ICD functie. Gemiddeld werden per ziekenhuis 133 (mediaan is 100) ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie en 83 (mediaan is 99) biventriculaire pacemakers met ICD functie geïmplanteerd. De NVVC norm stelt dat elk ICD-centrum per jaar minimaal 120 Cardiac Implantable Electronic Devices (CIED's) moet implanteren, waarvan minimaal 60 ICD's en 20 biventriculaire ICD's. 15 centra hebben deze gegevens niet via DIPR aangeleverd, ook al zijn deze centra verplicht tot deelname aan de NCDR.

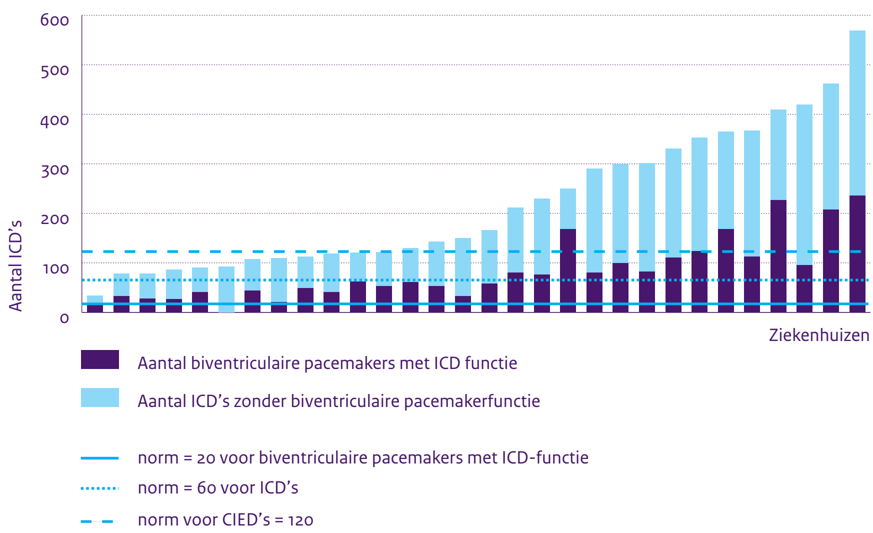
Tabel 6.4.1

Ziekenhuizen die niet aan normen hebben voldaan

Biventriculaire pacemakers met ICD functie's norm = 20	ICD's norm = 60	CIED's norm = 120
Sint Lucas Andreas (Amsterdam) 16	Sint Lucas Andreas (Amsterdam) 18	Sint Lucas Andreas (Amsterdam) 34
	Martini ziekenhuis (Groningen) 45	Martini ziekenhuis (Groningen) 78
	Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) 49	Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) 90
	Flevoziekenhuis (Almere) 50	Flevoziekenhuis (Almere) 78
	Scheper Ziekenhuis (Emmen) 59	Scheper Ziekenhuis (Emmen) 86
	Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) 59	Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) 92
		Vlietland Ziekenhuis (Schiedam) 107
		Kennemer Gasthuis (Haarlem) 109
		Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) 113
		Rijnstate (Arnhem, Velp en Zevenaar) 119

Figuur 6.4.2

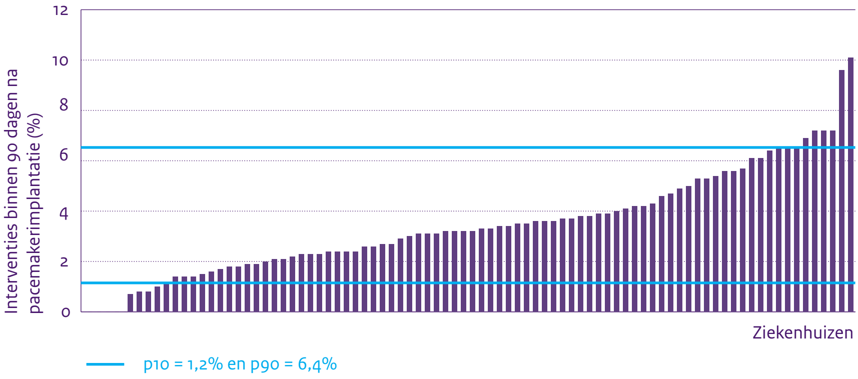
Aantal biventriculaire pacemakers met ICD functie's, aantal ICD's en aantal CIED's (n=30)



Van de 87 ziekenhuizen die pacemakers implanteerden, hebben 85 ziekenhuizen het percentage interventies binnen 90 dagen ingevuld. In 4 ziekenhuizen waren geen interventies gepleegd: Lange Land Ziekenhuis (Zoetermeer), Laurentius Ziekenhuis (Roermond), Tjongerschans (Heerenveen) en Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden). Orbis Medisch Centrum (Sittard) en ZGT (Almelo en Hengelo) hadden wel pacemakers geïmplanteerd, maar geen informatie aangeleverd over het percentage interventies. Gemiddeld werd bij 3,5% (mediaan 3.2%) van de patiënten binnen 90 dagen na de pacemakerimplantatie een interventie gepleegd. Dit percentage liep uiteen van 0% tot 10,1%. In 20 ziekenhuizen werden de interventies geregistreerd in een systeem naar eigen ontwerp, in 13 ziekenhuizen betrof het een eigen registratie met externe standaard en in 54 ziekenhuizen (62%) werd DIPR gebruikt om de gegevens voor deze indicator te leveren. Dit is een toename van 9 procentpunt. Er waren 5 ziekenhuizen (Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen, Ziekenhuis St Jansdalin Harderwijk, Bernhoven in Uden, Slotervaartziekenhuis in Amsterdam, ZGT in Almelo/Hengelo) die hun gegevens niet toetsten aan externe gegevens. Waterlandziekenhuis (Purmerend) en Laurentius Ziekenhuis (Roermond) gaven niet van toepassing aan, waarbij Laurentius Ziekenhuis als toelichting 'n.v.t. voor de vakgroep Cardiologie' gaf.

Figuur 6.4.3

Percentage interventies binnen 90 dagen na pacemakerimplantatie (N=87)



Aandachtspunten voor evaluatie na inbrengen Pacemakers en ICD's en de daarbij horende indicatoren

Deelname aan de NCDR leidt kennelijk niet tot gebruik van de data uit de NCDR

Deelname aan de NCDR is een voorwaarde voor erkenning als ICD centrum. Als er gevraagd wordt naar de deelname zeggen 81 ziekenhuizen dat zij aangesloten zijn bij de NCDR. Als er vervolgens gevraagd wordt naar de herkomst van de indicatorinformatie over pacemakers antwoordden 55 ziekenhuizen dat deze uit de NCDR komt. Wat dat betekent is niet onmiddellijk duidelijk. Het kan zijn dat de NCDR niet aan de verwachtingen van de deelnemers beantwoordt, of dat het voor de instelling toch eenvoudiger is om de informatie uit de eigen databases te achterhalen. Dit is niet de eerste keer dat dit gebeurd. In de twee afgelopen jaren is onder andere gekeken hoe de informatie over de weg die de patiënt aflegt vanaf het myocardinfarct tot aan een PCI verkregen werd. In eerste instantie bleek toen 30% van de patiënten een tussenstop te maken op de SEH. Dat bleek voor een deel veroorzaakt te zijn door een 'administratieve' tussenstop op de SEH, die niet fysiek zou hebben plaatsgehad. In een deel van de ziekenhuizen waren de cardiologen hiervan niet op de hoogte. In ieder geval kan deze discrepantie aanleiding zijn voor vragen aan het ziekenhuis over de samenhang in informatievoorziening tussen raad van bestuur en cardiologen.

Samenwerking belangrijk voor toetsing van normen, maar periode niet altijd duidelijk

Visitatie door de NVVC speelt een belangrijke rol bij het handhaven van de minimum-normen voor onder andere de criteria voor een ICD centrum. Op de site van de NVVC staan de centra die voldoen aan de minimumeisen op het moment dat deze door de wetenschappelijke vereniging worden gecontroleerd. Visitatie wordt in principe eens per vijf jaar gehouden. Bij het hoofdstuk over de urogenitale tumoren was aandacht gevraagd voor de in de norm genoemde middeling over drie jaar, die onduidelijke gevolgen had en die de inspectie voor problemen stelde in de handhaving. Hier is iets soortgelijks aan de hand. Er zijn geen afspraken opgenomen in de procedure over de periode tussen de toetsing. In 2014 voldeden elf ziekenhuizen niet aan de norm van de NVVC, waarvan de meeste wel op de witte lijst[107] stonden. Inmiddels is de praktijk van de toetsing van de normen veel strakker geworden. Ziekenhuizen moeten voldoen aan de norm zoals deze is geformuleerd. In dit geval kan dit dus twee gevolgen hebben. Òf de formulering van de norm wordt gemoderniseerd, er van uitgaande dat een patiënt er op moet kunnen vertrouwen dat een instelling voldoet aan de norm op het moment dat deze de instelling bezoekt. Òf instellingen die niet aan deze norm kunnen voldoen dienen te stoppen met

---

[107] Op dit moment bestaat er een 'Witte lijst'voor PCI-centra en een 'Witte lijst' voor ICD-centra (https://www.nvvc.nl/richtlijnen/witte-lijsten). Centra die op deze lijst staan voldoen aan alle eisen van de vereniging voor wat betreft kwaliteit (zoals geformuleerd in de richtlijnen).

het leveren van deze vorm van zorg. In ieder geval moet duidelijk zijn wat de geest van deze norm is, zelfs als deze geest neerkomt op de conclusie dat een instelling één jaar in de vijf jaar dient te voldoen aan een minimumnorm.

Welke vragen vind de inspectie belangrijk bij een opvallende uislag?

Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), voorheen de landelijke database Dutch ICD and Pacemaker Registry (DIPR) of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg

– Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?
– Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD's?
– Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van de gebruikte implantatiematerialen?
– Wat is het beleid met betrekking tot landelijke registraties en het gebruik van benchmarkgegevens?
– Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt aan de landelijke registratie (DSCA, DUCA, NBCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, ondervoeding)?

Implanteren en/of wisselen van pacemakers en ICD's

Het ziekenhuis implanteert relatief veel of weinig conventionele pacemakers (A) (voor 2014: meer dan 221 of minder dan 68)

– Hoeveel cardiologen zijn betrokken bij het implanteren van pacemakers?
– Vallen onder pacemakers ook implanteerbare looprecorders?

Het ziekenhuis heeft een vergunning voor het implanteren van ICD's. Het implanteert minder dan 120 CIED's (Cardiovascular Implantable Electronic Device; ICD of pacemaker), waarvan minimaal 60 ICD's (Implantable Cardioverter Defibrillator), waarvan minimaal 20 biventriculaire ICD's

– Staat het ziekenhuis op de zogenoemde witte lijst van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)?
– Voert het ziekenhuis deze verrichting nog steeds uit?
    - Zo ja: Hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan de norm?
    - Zo nee: Op welke wijze bouwt het ziekenhuis de functie af?

Het totaal aantal ICD's (C+D) is relatief hoog (voor 2014: meer dan 409)

– Welk deel van de patiënten is afkomstig van buiten het eigen ziekenhuis (bijvoorbeeld: bovenregionale functie)?
– Hoe zijn de afspraken voor controle? Is het controlerende ziekenhuis bevoegd (witte lijst)?
– Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief hoog (voor 2014: meer dan 6,4%)
- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daarvan de uitkomst?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectie preventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (NCDR)?
- Wanneer wordt de raad van bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage? Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de resultaten te verbeteren?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief laag (voor 2014: minder dan 1,2%)
- Welke analyse is uitgevoerd op de gegevens?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectie preventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (NCDR)?
- Hoe (systematisch) is de followup georganiseerd?
- Welke groepen worden wel/niet in de followup betrokken?
- Wie verzorgt de nazorg voor groepen die niet in de followup zitten?
- Worden complicaties tijdens de followup ook bijgehouden?

Het ziekenhuis neemt deel aan de NCDR, maar de NCDR is niet de bron van de indicatorinformatie
- Op welke wijze werken cardiologen en ziekenhuis samen om te komen tot een goed beeld van de toestand van de cardiologie

6.5 Thoraxchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, paragraaf 6.6.

Indicatoren

- Deelname landelijke risicogewogen mortaliteitsregistratie NVT.
- Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft.
- Percentage diepe sternumwond problemen, mediastinitis.

Wat zijn de risico's

De thoraxchirurgie is een hoogvolumehoogrisico proces. Belangrijkste punt voor de inspectie is daarbij de mate van inzicht die een instelling heeft in de eigen gegevens. Voorwaarde daarvoor is een adequate deelname aan de landelijke database. Een belangrijk risico dat blijkt uit de deelname is het complicatiepercentage (percentage sternumwond problemen). Zicht krijgen op de mate waarin innovatieve ontwikkelingen worden gevolgd is tenslotte de reden voor de inspectie om het gebruik van de internal mammary artery (IMA, arteria mammaria interna) als graft na een primair geïsoleerde CABG uit te vragen. De cardiothoracale afdelingen van alle ziekenhuizen zijn in 2014 bezocht door de inspectie.

Resultaten

Deelname landelijk risico-gewogen mortaliteitsregistratie NVT

Er waren in 2014 16 ziekenhuizen die hartchirurgie uitvoerden. 14 ziekenhuizen gaven aan te voldoen aan de kwaliteitscriteria voor de risicogewogen mortaliteitsregistratie (90% van de data volledig ingevuld op 3 maanden na afsluiten van het kwartaal) van alle vier de deadlines in het verslagjaar van de NVT.
Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) en Amphia Ziekenhuis (Breda) antwoordden aan geen van de deadlines te voldoen. Catharina Ziekenhuis gaf hiervoor geen verklaring (net als in 2013), Amphia Ziekenhuis gaf aan dat dit te maken heeft met de implementatie van het EPD.

Figuur 6.5.1

Kwartalen voldaan aan mortaliteitsregistratie NVT (n=16)



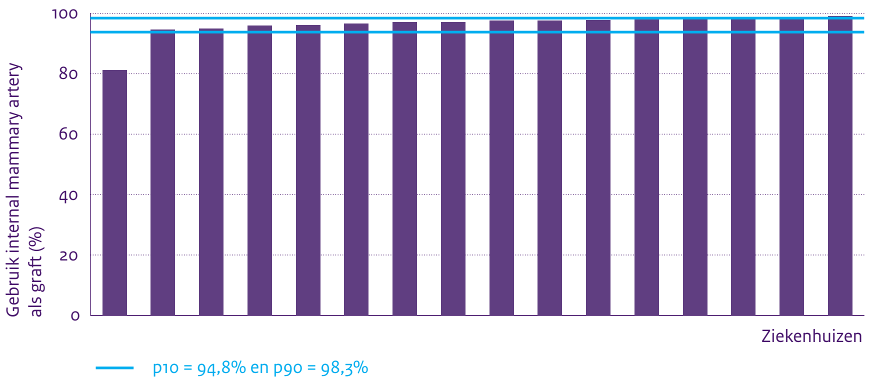
Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft na een primair geïsoleerde CABG

In 2014 hebben 16 ziekenhuizen CABG uitgevoerd bij in totaal 7.796 patiënten. Gemiddeld kregen 487 patiënten een primaire geïsoleerde CABG, uiteenlopend van 306 tot 819 patiënten. Bij gemiddeld 96,1% van de patiënten met een primair geïsoleerde CABG werd

een internal mammary artery als graft gebruikt. Er zitten geen uitschieters in de data, waardoor geconcludeerd kan worden dat het toepassen van een IMA-graft in Nederlandse ziekenhuizen de norm is.

Figuur 6.5.2

Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft (n=16)

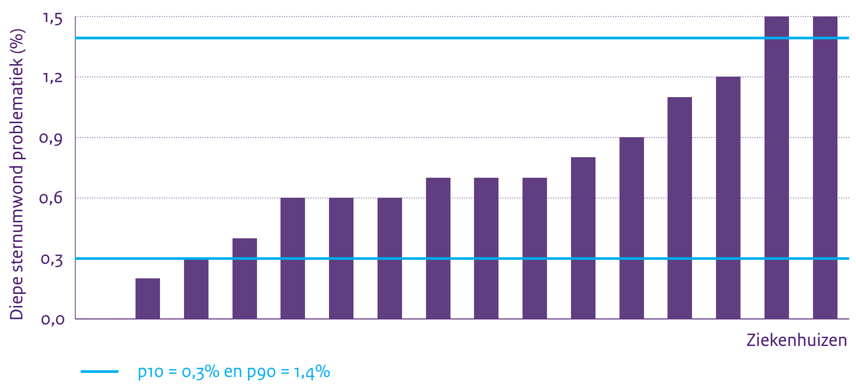


Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

16 ziekenhuizen voerden in 2014 openhartoperaties uit. In totaal waren dat 16.274 openhartoperaties, gemiddeld 1.017 per ziekenhuis met een spreiding van 635 tot 2.031 operaties. Bij gemiddeld 0,7% van de geopereerde patiënten kwam diepe sternumwond problematiek (mediastinitis) voor tijdens de opname, uiteenlopend van 0,0% tot 1,5%. Dit gemiddelde is met 0,2 procentpunt gedaald ten opzichte van 2013 (0,9%).

Figuur 6.5.3

Percentage diepe sternumwond problematiek, mediastinitis (n=16)



Aandachtspunten voor de thoraxchirurgie en de daarbij horende indicatoren

Vertrouwen in een riskante situatie vraagt volledige deelname

Het goede nieuws binnen de thoraxchirurgie is dat 14 van de 16 ziekenhuizen in staat zijn om op tijd goede gegevens aan te leveren aan het eigen systeem van de beroepsgroep, om tijdig een probleem te signaleren in de eigen bedrijfsvoering. Het slechte nieuws is dat het Amphia Ziekenhuis (Breda) problemen met het EPD een voldoende verklaring vindt voor het niet beschikbaar hebben van gegevens en het Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) als enige weer geen gegevens levert en daar geen verklaring voor geeft. Het is een groot goed dat de eigen beroepsgroep de kwaliteit van het eigen handelen bewaakt. De beroepsgroep kan en mag zelf aangeven wat essentieel is, maar volledige en goede deelname is wel essentieel voor het maatschappelijke vertrouwen.

Ook optimale resultaten worden meermalen uitgevraagd

Vorig jaar is aandacht besteed aan het feit dat het voor een wetenschappelijke vereniging niet altijd te voorzien is hoe snel een indicator nuttig is om een doel te bereiken. Aanleiding was toen dat de indicator over het gebruik van een specifiek vat, de arteria mammaria voor hartoperaties deze innovatie zou stimuleren. Na het eerste jaar bleek deze innovatie al voltooid. Net als vorig jaar ligt het gemiddelde gebruik boven de 96% en is de grens de onderste 10% (en dus voor een signaal) 94,8%. Hoe past dat nu bij de stelling dat de inspectie alleen indicatoren uitvraagt waarbinnen nog een verbetering mogelijk is? Dat komt omdat de basisset wordt vastgesteld in het jaar vóór dat deze wordt uitgevraagd. Ziekenhuizen hebben dan een half jaar de tijd om het systeem in te richten om de informatie te verzamelen. Op 15 januari 2014 werden de indicatoren voor 2015 in overleg met de vereniging (in dit geval de NVT) aangeleverd. De resultaten over 2013 waren toen nog niet bekend. Dit heeft tot gevolg dat indicatoren, ook als zij direct een 'perfecte' score hebben, in ieder geval twee jaar worden uitgevraagd.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voldoet niet op vier deadlines aan de kwaliteitscriteria voor de risico-gewogen mortaliteitsregistratie

- Hoe vaak voldeed het ziekenhuis niet aan de deadlines sinds de start van de deelname?
- Welke eisen stelt de raad van bestuur aan de kwaliteit van deelname aan landelijke registraties?
- Wanneer vindt het ziekenhuis dat zij zo weinig zicht heeft op de eigen kwaliteit dat ingrijpen noodzakelijk is?

Het percentage diepe sternumwondproblemen (mediastinitis) is relatief hoog of relatief laag (in 2014: meer dan 1,4% of minder dan 0,3%)

- Heeft het ziekenhuis de definitie gehanteerd zoals geformuleerd door de NVT?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd?
  - Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het hoge of lage percentage patiënten met diepe sternumwond problemen?
  - Wat is het beleid t.a.v. surveillance?
  - Hoe is het beleid ten aanzien van infectiepreventie?
- Welke maatregelen treft het ziekenhuis om het aantal problemen te beperken?

7 Infectieziekten

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied infectieziekten en de indicatoren die hierbij een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2014, hoofdstuk 7.

Infectieziekten vormen een belangrijke groep ziekten voor de zorg en daarmee voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie). In de eerste plaats zijn ze een belangrijke oorzaak van mortaliteit en (verhoogde) morbiditeit. Ondanks preventieve maatregelen en antibiotica blijven ziektebeelden zoals sepsis en pneumonie gevaarlijke aandoeningen.
Dit hoofdstuk gaat zowel over infecties die patiënten opdoen in het ziekenhuis (zorginfecties), die per definitie leiden tot een verhoogde morbiditeit zoals bijvoorbeeld longontsteking tijdens beademing, als infecties die patiënten opdoen in de gemeenschap (bijvoorbeeld community acquired pneumonia (CAP)). Los van de plaats waar de patiënt de infectie heeft opgedaan, binnen of buiten het ziekenhuis, zijn er gemeenschappelijke factoren in de bevattelijkheid van patiënten voor een infectie en in de herkenning, behandeling, bestrijding en preventie ervan. Een infectie is veelal gevaarlijker voor kwetsbare patiënten, waaronder ouderen, hele jonge patiënten en immuun gecompromitteerde patiënten. Daarnaast geldt voor infectieziekten dat enerzijds snelle diagnose en adequate behandeling nodig is, maar ook maatregelen om besmetting te voorkomen. Een generiek probleem van infectieziekten is dat de behandeling met anti-microbiële middelen kan leiden tot resistentie tegen deze middelen. Het hoofdstuk richt zich op deze gemeenschappelijke aspecten.
De surveillance van ziekenhuisinfecties wordt in 2015 voor de laatste maal uitgevraagd, omdat de uitslagen van de indicator al enige jaren niet meer veranderden. In 2016 komt daarvoor in de plaats een indicator over sepsis. Kernpunt daarbij is het tijdig screenen van patiënten op de IC. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) is er onderzoek dat aantoont dat het nu nog te vaak voorkomt dat patiënten pas bij aankomst op de IC gescreend worden. Kostbare tijd gaat zo verloren. Het is de bedoeling dat deze screening plaatsvindt vóórdat de patiënt wordt overgeplaatst naar de IC. Voor de basisset 2017 zet de inspectie dan ook in op een indicator naar screening op sepsis buiten de IC. Op die manier wordt ook gestimuleerd dat zorgverleners zich bewust zijn van het risico op sepsis. Sepsis is daarmee het laatste VMS thema dat is opgenomen in de basisset.

1 Wie werken (bestuurlijk) samen rondom infectiepreventie?

De arts-microbioloog is een medisch specialist die met veel andere (specialismen) samenwerkt. Denk onder meer aan de directe behandelaar van de patiënt, deskundigen infectiepreventie en laboranten. Deze samenwerking geldt ook voor de zorg waarover de indicatoren in dit hoofdstuk gaan. Voor zorginfecties is samenwerking nodig om inzicht te krijgen in het voorkomen van infecties en om, op basis van een gezamenlijke analyse, te achterhalen wat verbeterd kan worden in het proces. Bij pneumonie is het van belang dat de beoordeling van de ‘ernst van de ziekte’ op de werkvloer wordt gevolgd door een adequaat advies over de juiste behandeling.

De samenwerking op bestuurlijk niveau blijkt onder meer uit het opstellen van de gezamenlijke richtlijn Kwaliteits Richtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen (KRIZ) [versie 2.0][108], door de Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG) en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Daarnaast is er de bijzondere positie van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) in de ontwikkeling van richtlijnen. In de werkgroep werken drie verenigingen samen: de NVMM, de VHIG en de Vereniging voor Infectieziekten (VIZ). Vanuit de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) worden landelijke richtlijnen voor antibioticagebruik geformuleerd. Hier werken ondermeer artsen-microbioloog, internist-infectiologen, longartsen en ziekenhuis-apothekers samen. Uit het SWAB-visiedocument (2012)[109] komt de oprichting van de zogenaamde Antibiotica-teams (A-teams) voort. Het doel is het bewaken van de kwaliteit van voorschrijfgedrag met betrekking tot antibiotica. Ook hier wordt samengewerkt door artsen-microbioloog, internist-infectiologen, longartsen en ziekenhuisapothekers, alsmede de kinderartsen.

2 *Wat is het gemeenschappelijke doel?*

Preventie van infecties in de Nederlandse zorginstellingen is het eerste belangrijke gemeenschappelijke doel. Het tweede doel is het goed en tijdig behandelen van patiënten met infecties. Daarvoor is een verantwoord antibioticabeleid nodig om het optreden van resistentie te beperken en te voorkomen dat patiënten in de toekomst niet meer op een succesvolle manier met antibiotica behandeld kunnen worden.

3 *Is er sprake van vertrouwen tussen de samenwerkingspartners?*

Met zoveel spelers in het veld is vertrouwen essentieel om tot goede samenwerkings-afspraken te kunnen komen. Goed polderen is in het infectie(preventie) -landschap van levensbelang. Helaas is dat niet vanzelfsprekend. Al in de jaren 90 werd de inspectie regelmatig betrokken in discussies waarbij de infectiepreventiedeskundigen en artsen-microbioloog op bestuurlijk en instellingsniveau strijd leverden over de inbedding van de infectiepreventie in het ziekenhuis en ten opzichte van elkaar. Dat punt is ook in de eerder genoemde KRIZ richtlijn niet zo geadresseerd dat helder is hoe die verantwoordelijkheid moet worden belegd, alleen dat die verantwoordelijkheid geregeld moet zijn. Het grote aantal betrokkenen laat ook zien hoe groot het belang is dat het vertrouwen gerechtvaardigd moet zijn. Infectiepreventie moet waterdicht zijn, anders loopt heel de zorg schade op. Het aanspreken op verantwoordelijkheden op het moment dat het vermoeden bestaat dat vertrouwen mogelijk niet gerechtvaardigd is, is moeilijk, maar onvermijdelijk.

---

[108] NVMM (2012). Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen (KRIZ) versie 2. Geraadpleegd op 7 oktober 2015 via http://www.nvmm.nl/system/files/KRIZ%20-%20norm%20versie%202%200.pdf.

[109] SWAB (2012). De kwaliteit van het antibioticabeleid in Nederland. Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van Antibioticateams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn. Geraadpleegd op 7 oktober 2015 via http://www.swab.nl/swab/cms3.nsf/uploads/5FD2BE2700E8B433C1257A680028D9F0/$FILE/visiedoc%20SWAB%20vs%2021%20junifinal.pdf.

4 *Is het mogelijk een open dialoog te voeren, op gelijkwaardig niveau?*

Infectieziekten vragen om een dialoog op vele niveaus, van strategisch tot operationeel niveau. Dat maakt het niet eenvoudig om een dialoog op gelijkwaardig niveau te voeren, zeker als de onderlinge positie een onderdeel is van die dialoog. Het grote aantal verschillende gremia biedt extra uitdagingen. Er kan een open dialoog zijn binnen het overleg, maar niet tussen de overleggen. In dit gebied is regelmatig gewezen op het risico van tegenstrijdige eisen. In het overleg over bijvoorbeeld postoperatieve wondinfecties bleek het niet altijd eenvoudig om de open dialoog aan te gaan. Heel lang is het percentage wondinfecties extreem vertrouwelijk behandeld. Als bekend werd hoeveel wondinfecties optraden in een instelling zouden operateurs niet langer meewerken. Inmiddels is informatie over de kwaliteit van operaties ruim voorhanden. Het is wenselijk dat op dit gebied een open dialoog op basis van goede cijfers mogelijk is. Anders wordt infectie-preventie een reliek uit de tijd dat over 'echte' data alleen achter gesloten deuren gesproken kon worden.

5 *Hoe worden afspraken geformuleerd?*

Afspraken worden gemaakt in richtlijnen. Deze worden gemaakt door de relevante wetenschappelijke verenigingen en commissies: de NVMM, de NVIC, de SWAB, de WIP, de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), de Kamer Infectiezieken (NIV/VIZ) et cetera.
Zo kan het voorkomen dat bij één specifiek onderwerp als sepsis, meerdere richtlijnen horen: vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt en de behandeling van ernstige sepsis zijn beschreven in een aantal VMSbundels[110,111]; het management van sepsis is beschreven in de richtlijn van de NVIC[112]; het antibioticabeleid – inclusief -kweken – in de SWAB richtlijn sepsis[113] en de richtlijnen voor isolatie van de WIP[114]. De richtlijnen moeten vervolgens in een goede structuur worden opgenomen, zodat zij teruggevonden kunnen worden. Voor een inspectie is het ook belangrijk dat de besluitvorming past bij het niveau waarop maatregelen moeten worden uitgevoerd. Besluitvorming op strategisch niveau moet aansluiten op tactisch en operationeel niveau, maar moet niet te veel doordoor elkaar lopen. De raad van bestuur van een groot ziekenhuis aanspreken op het gebruik van vuile doekjes bij de schoonmaak of vieze schoenen op de operatiekamer kán functioneel zijn, maar moet gepaard gaan met meer strategische aandachtspunten. Er zijn dan ook nog problemen rond tegenstrijdig geformuleerde afspraken. Het blijkt telkens belangrijk om in de formulering van de afspraken duidelijk te maken wat de status van een afspraak is. Is het een bindende afspraak, waaraan moet worden voldaan, of is het een streven waar van af mag worden

[110] VMS bundel 'voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis'
[111] VMS bundel 'Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'.
[112] Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012,critical care medicine, February 2013; 41;2;580-637.
[113] SWAB guidelines for Antibacterial therapy of adult patients with Sepsis, December 2010.
[114] http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP (geraadpleegd op:3 december 2014)

geweken. Zeker als het gaat om een sluitende verdediging tegen infecties is de minimumvereiste dat duidelijk is op welke maatregelen een patiënt kan vertrouwen.

6 Hoe vindt besluitvorming plaats?

Soms heeft een gebied last van remmende voorsprong. De infectiepreventie was een van de eerste gebieden waarbinnen experts uit zeer verschillende gebieden samen richtlijnen afspraken. Inmiddels heeft de richtlijn als kwaliteitsinstrument zich verder ontwikkeld en is het belang ervan toegenomen. Een richtlijn voor infectiepreventie is qua wenselijkheid van nalevingsniveau te vergelijken met een richtlijn voor het operatief proces. De naleving van de richtlijn operatief proces is echter vele malen beter. Het VMS programma laat zien dat afhankelijk van de definitie de naleving tussen de 29% en de 70% ligt, waar bij 40% van de bundels de informatie over de naleving onvolledig is. Bij het operatief proces ligt de naleving minimaal op 95%. Het zou dus duidelijk moeten zijn dat partiële naleving niet voldoende is om tot een sluitende infectiepreventie te komen. Bij een zo verplichte invulling is het belangrijk dat er een duidelijk bestuurlijke verantwoordelijkheid is voor de richtlijn. Dat vraagt om een goed en zorgvuldig proces voor het maken van richtlijnen. In de afgelopen periode is het moeilijk gebleken om een werkgroep als de WIP in te passen in de nieuwe structuur. 'Losse' multidisciplinaire werkgroepen met een eigen traject zijn ook in de context van de basisset een probleem gebleken, maar het onderwerp infectiepreventie moet een goede plek krijgen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond infectieziekten?

Zie hiervoor de specifieke hoofdstukken 7.1 Ziekenhuisinfecties en 7.2 Pneumonie (CAP).

7.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 7.1.

Indicator

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

Wat zijn de risico's

Ziekenhuizen moeten verantwoorde zorg leveren. Daarbij hoort ook het beschermen van patiënten tegen bedreigingen die samenhangen met de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis, zoals ziekenhuisinfecties. In 2012 kreeg zo'n 5% van de patiënten in een ziekenhuis te maken met een ziekenhuisinfectie en van alle geopereerde patiënten had ongeveer 4% een postoperatieve wondinfectie[115]. Ongeveer 5.000 patiënten per jaar krijgen een ziekenhuisinfectie. Preventie van ziekenhuisinfecties moet daarom deel uitmaken van elk veiligheidsprogramma. Ziekenhuisinfecties zijn niet altijd te voorkomen.
Het registreren van ziekenhuisinfecties en risicofactoren, en het periodiek analyseren van die gegevens kan bijdragen aan het opsporen van mogelijke oorzaken van ziekenhuisinfecties en vervolgens tot het nemen van adequate verbetermaatregelen.
De indicator richt zich op de surveillance. Onder surveillance verstaat de inspectie het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens en op basis daarvan gericht handelen. Als het ziekenhuis één van deze onderdelen mist, heeft het hele systeem minder nut. Surveillance is één van de pijlers van een goed infectiepreventiebeleid. Gebruik van de modules van 'preventie van ziekenhuisinfecties door surveillance (PREZIES) is hierbij de standaard[116]. Ziekenhuisinfecties komen in verschillende uitingsvormen voor, met verschillende oorzaken, uitmondend in verschillende analyses en acties. Daarom vraagt de inspectie naar de verschillende typen surveillance van ziekenhuisinfecties. Het ziekenhuis maakt de keuze welke surveillance het best past bij het in beeld brengen van de risico's in het eigen ziekenhuis. Bij deelname aan PREZIES modules kan het ziekenhuis zichzelf vergelijken (benchmarken) met andere ziekenhuizen en op die manier evalueren waar mogelijk verbeterd kan worden.

Resultaten

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

In 2014 voerden 95 van de 98 (96,9%) ziekenhuizen een surveillance uit voor ziekenhuis-infecties. Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) en Alexander Monro Borst-

[115] Hopmans TEM, Greeff SC de. Hoe vaak komen zorg- infecties voor en neemt dit toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; 25 september 2013.

[116] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Infectiepreventie in ziekenhuizen. Hiaat tussen kennis en gedrag. IGZ; Den Haag; 2004.

kankerziekenhuis (Bilthoven) gaven aan dat de indicator over surveillance niet van toepassing was en Ziekenhuis De Sionsberg (Dokkum) had geen metingen gedaan. In Universitair Longcentrum Dekkerswald werden infecties wel geregistreerd in de complicatieregistratie.

Tabel 7.1.1

Aantal ziekenhuizen met incidentie- en/of prevalentiemetingen per type surveillance (n=98)

Surveillance	Postoperatieve wondinfecties		Centrale lijn gerelateerde sepsis		Wondinfecties na hartchirurgie	
	Incidentie	Prevalentie	Incidentie	Prevalentie	Incidentie	Prevalentie
Alleen PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	71 (1)	55 (1)	45 (5)	46 (3)	9 (0)	11 (3)
Via PREZIES en eigen meting	8	3	8	4	0	2
Alleen eigen meting	10	6	20	4	4	0
Geen metingen	9	34	25	44	85	82

Surveillance postoperatieve wondinfecties

Van de 98 ziekenhuizen hadden 79 ziekenhuizen (90,8%) een incidentiemeting voor postoperatieve wondinfecties. De meeste ziekenhuizen hadden alle patiënten, die daarvoor in aanmerking kwamen, geïncludeerd waardoor het gemiddelde uitkwam op 98,9%. Er waren 9 ziekenhuizen die niet alle patiënten hadden meegenomen in de meting variërend van 78,2% tot 98,8%.
Er waren 58 (65,3%) ziekenhuizen die een prevalentiemeting postoperatieve wondinfecties uitvoerden. Ook voor de prevalentiemeting werden bijna alle relevante patiënten geïncludeerd (95,3%). Er waren 5 ziekenhuizen die een klein deel van de patiënten in de meting hadden ingesloten, variërend van 21,3% tot 32,0%.
In 56 ziekenhuizen volgden acties naar aanleiding van de uitkomsten van de surveillance over postoperatieve wondinfecties. Volgens deze ziekenhuizen hadden de acties in 91,1% van die ziekenhuizen het gewenste effect. Van 1 ziekenhuis was niet bekend of de ondernomen acties effect hadden gehad (Atrium MC,Heerlen, Brunssum en Kerkrade).

Surveillance centrale lijn gerelateerde sepsis

In 73 van de 98 ziekenhuizen (73,2%) was een incidentiemeting voor centrale lijn gerelateerde sepsis uitgevoerd. De meeste ziekenhuizen hadden alle patiënten die daarvoor in aanmerking kwamen geïncludeerd met een gemiddelde van 94,6%.
Er waren 10 ziekenhuizen die niet alle patiënten hadden ingesloten, variërend van 25,2% tot 90,7%.

In 55 van de 98, dus iets meer dan de helft van de ziekenhuizen (55,1%) voerde men een prevalentiemeting ‘centrale lijn gerelateerde sepsis’ uit en gemiddeld werd 84,1% van de relevante patiënten geïncludeerd. 4 ziekenhuizen hadden een klein deel van de patiënten geïncludeerd, variërend van 1,2% tot 5,5%.

In 37 ziekenhuizen volgden acties naar aanleiding van de uitkomsten van de surveillance over centrale lijn gerelateerde sepsis, en in 34 (91,9%) van die ziekenhuizen leidden de acties tot het gewenste effect. In Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk) bleef het gewenste resultaat uit. In Sint Maartenskliniek (Woerden) had men ‘n.v.t.’ ingevuld. Dit ziekenhuis lichtte toe dat er een eigen incidentiemeting plaatsvindt door middel van een continue verzameling en registratie van gegevens in het EPD. Deze gegevens worden geanalyseerd en resultaten worden maandelijks teruggekoppeld waarna verbeteracties uitgezet worden Van 1 ziekenhuis, Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade), was niet bekend of de interventies effect hadden gehad. Dit ziekenhuis ontbrak het aan voldoende verslaglegging voor de incidentiemeting lijnsepsis, maar men werkte aan verbetermaatregelen.

Surveillance wondinfecties na hartchirurgie

In 9 van de 16 ziekenhuizen die hartchirurgie aanbieden werd de incidentiemeting van wondinfectie na hartchirurgie gemeten via PREZIES, 4 ziekenhuizen gebruikten een eigen meting. In drie centra werden geen incidentiemetingen uitgevoerd. De incidentie van wondinfecties na hartchirurgie werd bij vrijwel alle patiënten gemeten (99,9%).
In 10 van de 16 ziekenhuizen werd de prevalentie van wondinfecties gemeten via PREZIES, 2 ziekenhuizen gebruikten hiervoor een eigen meting en 4 ziekenhuizen hadden geen prevalentiemeting uitgevoerd. Alle 16 hartchirurgische centra hadden een vorm van surveillace voor wondinfecties na hartchirurgie.

In 9 ziekenhuizen werden naar aanleiding van de surveillance interventies uitgevoerd met in 8 ziekenhuizen het gewenste resultaat, 1 ziekenhuis vulde ‘n.v.t.’ in zonder toelichting.

In 2014 deden 9 ziekenhuizen aan geen enkele module voor prevalentie- en/of incidentiemeting van PREZIES mee, waarvan 6 ziekenhuizen voor een of meer onderwerpen een eigen meting hadden uitgevoerd en de eerder genoemde 3 ziekenhuizen geen metingen hadden gedaan (n.v.t. of geen meting).
In 1 ziekenhuis werd deelgenomen aan alle uitgevraagde PREZIES modules.

Aandachtspunten voor surveillance van ziekenhuisinfecties en de daarbij horende indicator

Dit was het laatste jaar dat de indicator over surveillance van ziekenhuisinfecties werd uitgevraagd. Zoals de inspectie vorig jaar in HRT schreef is het doel om ziekenhuisinfecties te registreren behaald. Het streven van ziekenhuizen zou moeten zijn om meer met de registraties te doen, zoals de gegevens analyseren en aan de hand daarvan de zorg verbeteren, maar ook door surveillance uit te voeren binnen die vakgebieden waar nog winst te behalen valt. Ziekenhuizen zouden zichzelf ook meer onderling kunnen vergelijken (benchmarken) om zo beter zicht te krijgen op het verbeterpotentieel.
De inspectie is in gesprek met het veld nader invulling gaan geven aan nieuwe indicatoren voor de surveillance van ziekenhuisinfecties die voor de ziekenhuizen en de inspectie bruikbaar zijn. Een eerste voorbeeld hiervan is de indicator Sepsis in de set van 2016.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert één type surveillance van ziekenhuisinfecties uit

- Hoe is de keuze voor dit type surveillance tot stand gekomen?
- Welke risico's heeft het ziekenhuis afgewogen?
- Indien een prevalentie studie is uitgevoerd: welke resultaten hebben tot deze keuze geleid?
  - Heeft het ziekenhuis wel eens andere typen van surveillance uitgevoerd?
    - Zo ja: Wanneer en met welk resultaat?
    - Welk beleid, bij voorkeur vastgelegd in een beleidsplan, ligt ten grondslag aan deze keuze?
  - Hoe houdt het ziekenhuis zicht op andere infectierisico's?
  - Wie ontvangt een rapportage binnen het ziekenhuis?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
  - Is dat doel bereikt?
    - Zo ja: Waar blijkt dat uit?
    - Zo nee: Heeft het ziekenhuis hier een verklaring voor? Hoe gaat het ziekenhuis hier mee om?

Het ziekenhuis voert alle typen surveillance uit

- Hoe komt de keuze voor het uitvoeren van een surveillance tot stand?
- Indien het ziekenhuis surveilleert via PREZIES:
  - Zijn het proces en de uitkomst door PREZIES gevalideerd?
  - Heeft het ziekenhuis in 2014 een terugrapportage ontvangen van PREZIES?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
  - Is dat doel bereikt?
    - Zo ja: Waar blijkt dat uit?
    - Zo nee: Heeft het ziekenhuis hier een verklaring voor? Hoe gaat het ziekenhuis hier mee om?

Het ziekenhuis neemt deel aan PREZIES, maar stuurt geen data in of de data zijn niet geaccepteerd
- Wat heeft inzending van de data in 2014 verhinderd?
- Waarom zijn de data niet geaccepteerd?
- Hoe spiegelt het ziekenhuis zich aan referentiedata en wat is daar het resultaat van?

Het ziekenhuis voert alleen een prevalentiemodule uit, waarbij wordt bekeken of een patiënt in een bepaalde periode een infectie heeft
- Op welke wijze komt het ziekenhuis aan voldoende gegevens voor het uitvoeren van interventies?
- Wanneer voert het ziekenhuis een incidentiemeting uit, waarbij de patiënt gedurende de opname én na ontslag wordt onderzocht op het optreden van nieuwe ziekenhuis-infecties?

7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 paragraaf 7.2.

Indicatoren

- Gebruik scoresysteem Community Acquired Pneumonia (CAP).
- Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP.

Wat zijn de risico's

CAP is een veel voorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen en immuun gecompromitteerde patiënten[117]. Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling en uitkomst van ernstige infectieziekten. In het geval van CAP zijn er verschillende momenten waarop herkenning belangrijk is. De huisarts heeft hierin een groot aandeel bij de 'in de gemeenschap' ontstane longontsteking (CAP). Veel patiënten zijn al onder behandeling met antibiotica als zij op de spoedeisende hulp binnenkomen. De behandelstrategie van CAP is een voorbeeld van beheerste spoed waarbij de 'ernst van ziekte' bij een patiënt met een pneumonie de keuze bepaalt voor de optimale initiële behandelstrategie. Het direct geven van antibiotica zonder goede diagnostiek lost vaak het probleem niet op en brengt op zich ook weer risico's met zich mee. Onvoldoende behandelresultaat, onnodige bijwerkingen, extra kosten en uiteindelijk een toename van antimicrobiële resistentie van microorganismen zijn daar voorbeelden van.
De aanwezigheid van een hoge 'ernst van ziekte' score heeft ook consequenties voor de optimale plaats van behandeling en de in te zetten diagnostiek.

De indicator pneumonie geeft de inspectie een beeld van de adequate behandeling van infectieziekten. Daarnaast geeft de indicator inzicht in het functioneren van de afdeling SEH, de samenwerking tussen arts en verpleegkundige en de medicatieprocessen.
Ook beschouwt de inspectie deze indicator als een goede maat voor de kwaliteit van de interne geneeskunde en de longgeneeskunde. Dit in tegenstelling tot de indicator over postoperatieve wondinfectie die het operatieve proces betreft.

Resultaten

Alle 91 ziekenhuizen[118] maakten in 2014 gebruik van een gevalideerd scoresyseem (PSI score of AMBU65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij presentatie op de SEH in te schatten.
Ook gaven de meeste ziekenhuizen (93,3%) aan dat zij het scoresysteem 'meestal' (bij 61% tot en met 100% van de patiënten) bij elke nieuwe patiënt met CAP gebruikten en de score vastlegden in het patiëntendossier. In 4 ziekenhuizen gebeurde dit 'vaak' (bij 31% tot 60%

[117] Bjerre LM, Verheij TM, Kochen MM. Antibiotics for community acquiered pneumonia in adult out-patients. Cochrane Database Syst Rev 2009;(4):1-43.

[118] 2 categorale ziekenhuizen tellen hier niet mee.

van de patiënten) en in 2 ziekenhuizen 'soms' (bij 0% tot 30% van de patiënten). ZGT (Almelo en Hengelo) gaf aan gebruik te maken van een gevalideerd scoresysteem, maar had geen verdere informatie aangeleverd, en ook geen toelichting.

Het aantal ziekenhuizen dat een score bij een patiënt met CAP afneemt en de informatie 'meestal' vastlegt in het patiëntendossier is ongeveer gelijk gebleven aan vorig jaar (94,6% in 2013).

Figuur 7.2.1

De mate waarin het ziekenhuis de score bij een patiënt met CAP afneemt en vastlegt in het patiëntendossier (n=91)



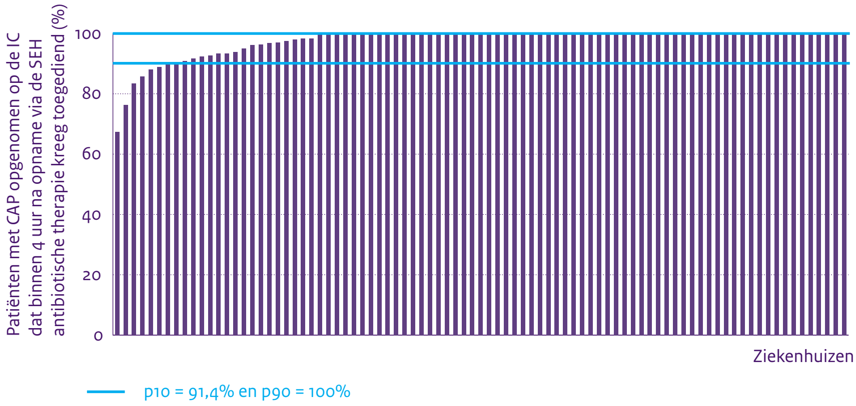
Scheper Ziekenhuis (Emmen) en IJsselland Ziekenhuis (Capelle aan den IJssel) gaven aan 'soms' een gevalideerd scoresysteem te gebruiken. Waarom dit zo is lichtten zij niet toe. IJsselland Ziekenhuis gaf vorig jaar aan de score 'meestal' te gebruiken.
Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) maakte, net als voorgaande jaren, gebruik van een protocol sepsis op de SEH in het kader van een onderzoek naar het veiligheidsthema Sepsis. Patiënten op de SEH worden niet specifiek op CAP gescoord maar ontvingen wel antibiotica indien er verdenking was op sepsis. Uit analyse op de SEH is gebleken dat 98% van de sepsispatiënten (inclusief CAP) binnen een uur breedspectrum-antibiotica hebben gekregen. Een deel van de patiënten ontving, als onderdeel van het onderzoek, in de ambulance al antibiotica, en als 'vangnet' voor de 2% van de patiënten die op de SEH of daarvoor nog geen antibioticum hadden gekregen, diende de standaard toediening van antibiotica, namelijk selectieve darm contaminatie (SDD) bij opname op de IC.

In het afgelopen jaar werden in totaal 2.039 patiënten met CAP opgenomen op de IC van 87 ziekenhuizen. Dit is vergelijkbaar met het aantal in 2013 (2.184). Van 1 ziekenhuis is niet bekend hoeveel patiënten zij hadden opgenomen, namelijk ZGT (Almelo en Hengelo).
Van de patiënten met CAP ontving gemiddeld 96,9% binnen 4 uur na opname via de SEH antibiotica. Dit percentage verschilde tussen ziekenhuizen, van 67,4% tot 100% van de patiënten. Deze spreiding was aanzienlijk afgenomen ten opzichte van 2013 (van 31,5% tot 100%). Het gemiddelde aantal patiënten dat tijdig antibiotica ontving was licht gestegen (95,1% in 2013).

Er is een grote spreiding in het aantal patiënten met CAP dat in 2014 is opgenomen op de IC, van 2 (Tjongerschans (Heerenveen)) tot 68 patiënten (St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg)).

Figuur 7.2.2

Percentage patiënten met CAP opgenomen op de IC dat binnen 4 uur na opname via de SEH antibiotische therapie kreeg toegediend (n=87)



Aandachtspunten voor pneumonie en de daarbij horende indicatoren

Het doel van deze indicator, een juiste behandeling van de patiënt met ernstige CAP, lijkt bereikt te zijn voor het gros van de ziekenhuizen; alle ziekenhuizen gebruiken een gevalideerd scoresysteem, de meesten gebruiken dit systeem 'meestal' (bij 61% of meer van de patiënten), en de patiënten met ernstige CAP krijgen bijna allen tijdig antibiotica toegediend. Toch zijn er nog enkele verbeterpunten.
Het ziekenhuis bepaalt de ernst van de ziekte om de juiste behandeling te kiezen. Een niet zo'n zieke patiënt met CAP hoeft niet opgenomen te worden en kan eerst de uitslag van diagnostiek afwachten, een ernstig zieke patiënt krijgt direct antibiotica en wordt op de IC opgenomen. Een 'vangnet' op de IC in de vorm van SDD, dus breed-spectrum antibiotica, lijkt minder logisch, noch wenselijk. Hiermee lijkt het ziekenhuis de kans gemist te hebben om op basis van een juiste inschatting en diagnostiek de patiënt met CAP de meest optimale behandeling toe te dienen. Ook is het niet voor alle IC-patiënten aanbevolen om SDD te ondergaan[119]. Een ziekenhuis dat volgens een toelichting meent dat SDD op de IC een goed vangnet is voor patiënten met CAP zal dit in principe ongewenste beleid voor behandeling van CAP aan de inspectie moeten kunnen toelichten.

Tijdigheid maar ook 'beheerste spoed' is een ander belangrijk aspect van de indicator. Enkele ziekenhuizen lichtten toe hoe snel zij de antibiotica hebben kunnen toedienen of waarom zij dit niet binnen 4 uur hebben gehaald. Het is goed dat ziekenhuizen dit zelf monitoren en zo nodig bijsturen wanneer blijkt dat het interval te lang is. Een interval van 10 minuten roept echter ook vragen op.
Waar de inspectie ook bij stil kan staan in het gesprek met de ziekenhuizen is de dossiervoering. De inspectie weet uit andere onderzoeken dat het stellen van de juiste vragen niet altijd wordt gevolgd door het vastleggen van de resultaten in het patiëntendossier. Daarmee ontstaat een risico dat de patiënt die wordt doorverwezen naar de IC niet de juiste behandeling krijgt. In het geval van de indicator CAP kan de inspectie hier ook nadere vragen over stellen.

In de loop van de jaren heeft de indicator pneumonie steeds minder onderscheidend vermogen gekregen. De inspectie vraagt de indicator in 2016 opnieuw uit, mogelijk voor de laatste keer. De wetenschappelijke vereniging van longartsen heeft voor de basisset 2016 nieuwe indicatoren aangeleverd en in de nieuwe basisset 2016 is ook de indicator sepsis opgenomen. Met de indicator sepsis krijgt de inspectie ook inzicht in de mate waarin ziekenhuizen een inschatting maken van de ernst van ziekte, waarna de meest optimale behandeling kan volgen. Voor deze behandeling moeten ziekenhuizen een protocol hebben. Dit is de eerste stap om inzicht te krijgen in de juiste handelingen van het ziekenhuis bij sepsispatiënten. Allereerst op de IC en op termijn ook op de SEH en verpleegafdelingen.

---

[119] Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (2014). SWAB-Richtlijn: selectieve decontaminatie bij patiënten op de intensive care, april 2014.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

In het ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij patiënten met CAP bij opname in te schatten, echter dit gebeurt slechts soms (1-30% van de patiënten)

- Welke criteria hanteert het ziekenhuis voor het gebruik van een gevalideerd scoresysteem?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?

Het ziekenhuis geeft relatief weinig patiënten die zijn opgenomen op de IC binnen vier uur na presentatie op de SEH antibiotica (voor 2014 minder dan 91,4%)

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis in 2015 dat patiënten tijdig antibiotica ontvangen?
- Heeft het ziekenhuis gedefinieerd in welke gevallen het resultaat van kweek kan worden afgewacht?
- Hoe registreert het ziekenhuis de tijdige toediening? Hoe houdt het ziekenhuis zicht op de volledigheid van de registratie?
- Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
- Wat is het beleid ten aanzien van het vragen van advies aan deskundigen op het gebied van antibioticumbeleid (artsmicrobioloog, infectioloog, apotheker)?
- Heeft het ziekenhuis inzicht in de redenen waarom de antibiotica niet aan alle patiënten tijdig is toegediend? Evalueert het ziekenhuis dit?
- Is de uitkomst van dit proces geëvalueerd?

Het ziekenhuis geeft 100% van patiënten opgenomen op de IC binnen vier uur na presentatie op de SEH antibiotica profylaxe

- Is dit daadwerkelijk gemeten? Zo nee:
  - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat patiënten tijdig antibioticaprofylaxe ontvangen? Heeft het ziekenhuis gedefinieerd in welke gevallen het resultaat van kweek kan worden afgewacht?
  - Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
  - Evalueert het ziekenhuis de uitkomst?

8 Maag-darm-lever (MDL)

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied maag-darm-lever en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 8.

Indicatoren

- Digitale verslaglegging endoscopie.
- Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen.

Wat zijn de risico's

Endoscopische verrichtingen van het maag-darm kanaal zijn steeds belangrijker en worden steeds frequenter verricht (in 2014 werd bij meer dan 460.000 patiënten een endoscopie uitgevoerd) in de zorg voor patiënten met problemen op dit gebied. De indicator MDL-infrastructuur vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal). In een time-out wordt getoetst of aan de veilige voorwaarden is voldaan om te starten met endoscopie. Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) zijn dit randvoorwaarden om een endoscopie te kunnen verrichten en zo patiënten verantwoord te kunnen behandelen. Met een digitaal verslag kan de endoscopist gestructureerd verslag doen, deze informatie gemakkelijk delen met de verwijzers en andere betrokken zorgverleners en nauwkeurig surveilleren. Met een time-out procedure kunnen problemen herkend en opgelost worden voordat ze tot patiëntschade leiden. Wanneer een ziekenhuis niet aan dergelijke randvoorwaarden voldoet, is dat een signaal voor de inspectie dat risicovolle processen en de communicatie en surveillance hierover mogelijk niet op orde zijn.

Resultaten

Digitale verslaglegging endoscopie

Van de 91 ziekenhuizen die aangeven endoscopische verrichtingen uit te voeren legden 3 ziekenhuizen de verslagen van de verrichtte endoscopieën (inclusief beeldmateriaal) niet digitaal vast. BovenIJ (Amsterdam) gaf aan dat het ziekenhuis een digitaal beeld- en verslagleggingsysteem aangeschaft heeft wat in 2015 geïmplementeerd zal worden (in 2013 gaf dit ziekenhuis aan bezig te zijn met het aanschaftraject). LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) beschikt wel over digitale verslaglegging, maar het beeldmateriaal is niet digitaal. In Bernhoven (Uden) is digitale verslaglegging volledig ingericht voor landelijke colonscreening en wordt dit voor overige onderzoeken in 2015 ingevoerd. Opvallend is dat LangeLand Ziekenhuis en Bernhoven in 2013 aangaven verslagen van de verrichtte endoscopieën wel digitaal vast te leggen.

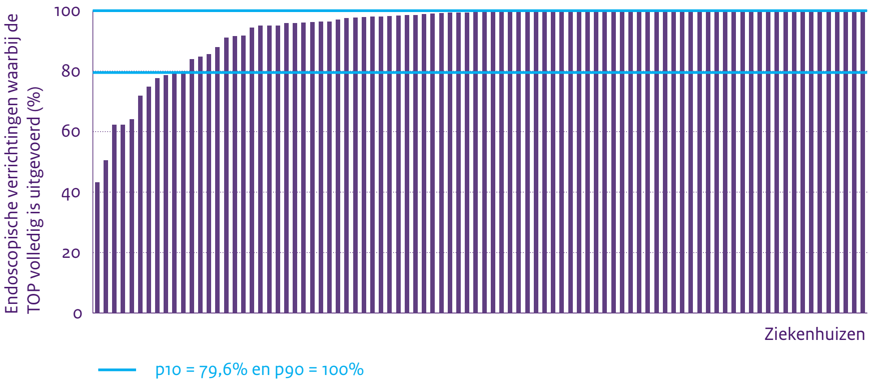
Uitvoering time-out procedure bij endoscopische verrichtingen

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden (Tilburg) dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde gegevens zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

De indicator uitvoering time-out procedure (TOP) bij endoscopische verrichtingen is in 2014 voor het eerst opgenomen in de basisset. 91 Ziekenhuizen gaven aan endoscopische verrichtingen uit te voeren. Van deze 91 ziekenhuizen gaven 10 ziekenhuizen aan niet in een digitaal verslagsysteem vast te leggen dat de uitvoering van de TOP volledig is doorlopen bij endoscopische verrichtingen. Deze ziekenhuizen gaven hiervoor twee verklaringen: registratie vindt (nog) plaats in het papieren dossier en/of de TOP kan nog niet vastgelegd worden in het EPD. Diaconessenhuis (Meppel) kon als enige ziekenhuis geheel geen gegevens aanleveren. In totaal werden er in 2014 in 90 ziekenhuizen 461.243 (spreiding: 120-12.277) endoscopische verrichtingen uitgevoerd. Gemiddeld waren dit 5.125 endosocopische verrichtingen per ziekenhuis. De hoogste aantallen endoscopieën werden gedaan in Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) met 12.277 endoscopieën, Amphia Ziekenhuis (Breda) met 11.409 endoscopieën en Isala (Zwolle) met 11.320 endoscopieën. Opvallend is dat het aantal endoscopieën niet direct verband heeft met de grootte van een ziekenhuis.
Per ziekenhuis werd in 2014 gemiddeld bij 94,4% van de endoscopische verrichtingen de TOP volledig uitgevoerd. De spreiding tussen ziekenhuizen was redelijk groot: 43,3% tot 100%. In 43 ziekenhuizen werd bij alle endoscopische verrichtingen de TOP volledig uitgevoerd. St. Elisabeth ziekenhuis (Tilburg) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) voerden de TOP bij endoscopische verrichtingen in de laagste mate volledig uit, respectievelijk 43,3% en 50,5%.

Figuur 8.1

Percentage endoscopische verrichtingen met volledig uitgevoerde TOP (n=90)



Aandachtspunten voor MDL en de daarbij horende indicatoren

In HRT 2013 vroeg de inspectie aandacht voor de knelpunten die zouden ontstaan op het moment van de invoering van de het bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Uitgangspunt daarbij was dat de vraag naar de behandelingen van darmaandoeningen toe zou nemen op het moment dat de aandacht voor darmziekten zo werd gestimuleerd. Het was toen een van de voorbeelden van een prospectieve risicoanalyse voorafgaand aan het moment dat een grote verandering in een werkproces zou worden ingevoerd. Het ligt voor de hand om te toetsen of het risico ook daadwerkelijk is opgetreden. Twaalf maanden later op 11 augustus 2015 verschijnt het volgende bericht van de MDL- artsen[120]: 'Darmoperaties in de knel door darmkanker'. De wachttijd voor andere ingrepen dan darmkanker is opgelopen tot 3,5 week volgens het bericht. Er worden twee mogelijke redenen voor gegeven. Een reden is de invoering van minimumnormen. Dat is natuurlijk mogelijk, maar de norm bestaat sinds 2011, verschuivingen zijn hier niet geweest en ingrepen met een andere reden (indicatie) dan kanker waren al meegenomen in de norm. Iets waar eerder al aandacht aan is besteed, omdat de inspectie daardoor additionele vragen moest stellen wanneer een instelling meldde minder dan het minimumaantal ingrepen te hebben gedaan. De tweede reden lijkt dan ook waarschijnlijker, het invoeren van de darmkanker screening. In beide gevallen geldt overigens dat de oproep, om een goede risicoanalyse te doen binnen een instelling, op het moment dat er een belangrijke maatschappelijke verandering optreedt, zoals de darmkanker screening, geen effect heeft gehad. Tegen de potentiële verklaring dat de risico's wel zijn gesignaleerd, maar de veranderingen te groot waren om op te vangen, pleit dat de inspectie naar aanleiding van de vragen te horen heeft gekregen, dat dit probleem niet op zou treden.
Een risicoanalyse uitvoeren en hier gevolgen aan verbinden moet nog verder ontwikkeld worden.

Samenwerking tussen vakken die dezelfde verrichting uitvoeren.
MDL-artsen en algemeen internisten zijn nauw verwante vakken. Er is een lang gemeenschappelijk verleden en veel vakgroepen van MDL-artsen zijn minder dan een decennium geleden afgesplitst van de vakgroep interne geneeskunde. In sommige ziekenhuizen werden de taken van een MDL-arts geheel uitgevoerd door de internist. In de SONCOS normen zijn MDL-artsen bij de behandeling van tumoren in het spijsverteringsstelsel soms vervangen door speciaal gekwalificeerde internisten[121]. Dit vraagt van beide beroepsgroepen waarborgen te blijven bieden dat er één set normen is waar de zorg aan moet voldoen én één kwaliteitsregistratie voor de zorg die zij leveren. Het is dan ook verheugend dat de MDL-artsen vooralsnog in principe bereid zijn om internisten te visiteren op het moment dan het gaat om de randvoorwaarden voor het uitvoeren van endoscopische onderzoeken. Tegelijkertijd baart het de inspectie zorgen dat een internist die Endoscopisch Retrograde Cholangio- en Pancreaticografieën (ERCP) uitvoert, de ingrepen niet in kon

[120] Skipr (2015). http://www.skipr.nl/actueel/id23392-darmoperaties-in-de-knel-door-darmkanker.html Geraadpleegd op 7 september 2015.

[121] SONCOS. www.SONCOS.nl

voeren in de daarvoor in het leven geroepen kwaliteitsregistratie, ook al wordt de registratie georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)[122]. Het is zeker begrijpelijk dat er organisatorische en praktische hindernissen zijn, maar juist op het moment dat er discussies zijn over de kwaliteit van een beroepsgroep die bepaalde handelingen niet meer zo vaak uitvoert, is het belangrijk hierover objectieve informatie te verzamelen en te analyseren. Dat is ook de reden waarom deze registratie is opgenomen in de basisset voor 2015. Daarbij wordt gevraagd naar *aantal ERCP's in het ziekenhuis ingevoerd in het verslagjaar*, en dan gaat het om álle ERCP's.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

In het ziekenhuis is geen sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)

- Hoe kunnen de verwijzers en behandelaars van alle betrokken specialismen op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van de endoscopische procedure?
- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van digitale verslagen?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners (ook bijvoorbeeld voor de huisarts)?

In het ziekenhuis wordt de time-out procedure niet voldoende toegepast (voor 2014: onder 79,6%)

- Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2014 niet te voldoen aan de richtlijnen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen?

In het ziekenhuis wordt de time-out procedure 100% toegepast

- Registreert het ziekenhuis de time-out procedure in het EPD?
- Wie is er verantwoordelijk voor het registreren van dit stopmoment?
- Hoe vaak is er daadwerkelijk gestopt naar aanleiding van een stopmoment?
- Zijn er het afgelopen jaar incidenten of calamiteiten bekend waarbij de timeout een rol speelde?
- Worden er audits uitgevoerd op het juist uitvoeren van de stopmomenten? Hoe vaak in het afgelopen jaar?

---

[122] NVMDL (2013). PERK-studie. www.mdl.nl geraadpleegd op 7 september 2015.

9 Verloskunde

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied verloskunde en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 9.

Indicatoren

- Percentage spontane partus in de 'Nulliparous Term Singleton Vertex (NTSV)groep'[123].
- Mate van invoering perinatale audits.

Wat zijn de risico's

De zorg voor de bevalling (partus) richt zich op het zo veilig mogelijk komen tot een zo goed mogelijke uitkomst voor moeder en kind. Zowel een keizersnede (sectio caesarea) als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met risico's voor moeder en kind, maar zijn tegelijkertijd juist bedoeld om hen tegen (andere) risico's te beschermen. Een spontane bevalling kent onder normale omstandigheden de minste risico's voor moeder en kind, nu en bij toekomstige bevallingen. Met de indicator spontane partus krijgt de inspectie zicht op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane baring in de tweede en derdelijns zorg. Zoals bij veel indicatoren geeft een opvallend laag (of hoog) aantal spontane bevallingen alleen een indicatie voor nader onderzoek door de inspectie. Zo kan een laag percentage spontane bevallingen wijzen op een intensieve samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Maar het kan ook wijzen op een beleid waarbij vaker wordt gekozen voor een kunstverlossing.
Eén van de mogelijkheden voor het verbeteren van de perinatale sterfte is het verbeteren van de samenwerking van de zorgverleners betrokken bij de perinatale zorg. De indicator over de perinatale audits maakt voor de inspectie inzichtelijk of de perinatale audit is uitgevoerd en zo ja, of deze is uitgevoerd volgens de daarvoor landelijk ontwikkelde systematiek. Het aantal audits zegt bij deze indicator niet per definitie iets over de kwaliteit. Gezien de grote hoeveelheid zorgverleners die bij een perinatale audit aanwezig moet zijn, plant men de audits over het algemeen ruim van te voren. Indien er dan geen geschikte casuïstiek is om te bespreken, zal de audit afgelast worden. Als er binnen het perinatologisch samenwerkingsverband helemaal geen perinatale audit is georganiseerd, kan dit wijzen op onvoldoende aandacht voor het verbeteren van de perinatale sterfte en samenwerking.

---

[123] De populatie betreft de 'NTSV-groep', dat staat voor 'nulliparous term singleton vertex', een referentiegroep van vrouwen met een eerste zwangerschap (nulliparae), à terme (van 37 tot en met 41+6) weken) met een eenlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

Resultaten

Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'

Van de 87 ziekenhuizen waar bevallingen plaatsvonden, leverden 84 ziekenhuizen data hierover aan. Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam) leverde geen data, en lichtte toe dat de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) geconstateerd heeft dat de data aangeleverd door ziekenhuizen fouten bevatte en dat juiste data ten tijde van rapportage niet beschikbaar waren. Ook het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk) gaf aan geen gegevens ten aanzien van de indicator te hebben ontvangen en daarom de gegevens niet aan te kunnen leveren[124]. Gemini ziekenhuis (Den Helder) gaf geen toelichting waarom data niet aangeleverd was. 84 ziekenhuizen gaven in totaal 48.983 bevallingen in de tweede lijn op. Daarbij werden er gemiddeld 583 bevallingen per ziekenhuis uitgevoerd, waarvan gemiddeld 60,5% eindigde met een spontane bevalling. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 2013. Toen lag dit percentage op 59,5.
60,8% van de spontane bevalling werd vóór de bevalling verwezen naar de tweede lijn. Het is opvallend dat een grote spreiding bestaat tussen ziekenhuizen als het gaat om het aantal vrouwen dat tijdens de bevalling wordt verwezen. Gemiddeld werd 60% van de vrouwen in deze groep tijdens de ontsluiting of de uitdrijving verwezen naar de tweede lijn. Dit percentage verschilt sterk per ziekenhuis, van 30,4% tot 88%.

Tabel 9.1

Kengetallen spontane bevallingen in de 'NTSV-groep' (n=84)

	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Gemiddeld (n) (min.-max.)	p10 (%)	p90 (%)
Spontane bevallingen vóór bevalling naar tweede lijn	60,8 (46,9-80,4)	57,8	205 (63-505)	52,8	69
Spontane bevallingen tijdens bevalling naar tweede lijn	60 (30,4-88)	52,8	150 (14-439)	49,1	68,5
Totaal spontane bevallingen	60,5 (47,8-81,3)	55,5	355 (84-783)	52,2	68,7

Mate van invoering perinatale audits

86 van de 87 ziekenhuizen voerden in 2014 één of meer perinatale audits uit. Net als in 2013 gaf het Gemini Ziekenhuis (Den Helder) aan geen perinatale audits te hebben uitgevoerd. Gemiddeld voerden ziekenhuizen, net als in 2013, 3 perinatale audits uit, met een bandbreedte van 0 tot 8.

[124] Deze gegevens heeft de inspectie later alsnog ontvangen, maar zijn niet meegenomen in de resultaten. De inspectie neemt de gegevens indien nodig wel mee in het toezicht.

Aandachtspunten voor de spontane bevalling en de daarbij horende indicatoren

Veranderen op basis van data

Eén van de centrale punten bij de keuze van een indicator is een heldere (verander) doelstelling. Op zich is dit voor deze indicator een probleem. Er is geen formele doelstelling vastgelegd in een richtlijn om te komen tot een hoger (of lager) aantal spontane bevallingen. Tegelijkertijd is er wel een ongeschreven doelstelling, om alleen in te grijpen als dat noodzakelijk is. Op basis daarvan zou enige verschuiving richting een daling van het aantal kunstverlossingen zichtbaar moeten zijn. Tussen 2013 en 2014 is er geen verandering (meer) zichtbaar. Normaal gesproken is dat een reden om op zoek te gaan naar een andere indicator voor het proces. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) heeft ook indicatoren in ontwikkeling. De eerste twee jaar waren er verschillen zichtbaar, met name in het licht afnemen van de spreiding tussen de hoogste en de laagst scorende instellingen
Toch is er ook reden om stil te staan bij de oorzaak voor een betrekkelijk geringe verandering in deze procesindicator.
In de eerste plaats blijven onderlinge verschillen groot. Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal) had in 2011 één van de laagste percentages spontane bevallingen, vooral in de groep die tijdens de uitdrijving wordt verwezen (2011: 25,8%, 2014: 30,4%)[125]. Daar tegenover staan de getallen van Bravis ziekenhuis (locatie Roosendaal) in 2011 86,3% (met problemen in de datakwaliteit), 2012: 77,5%, 2014: 71,8%. De verschillen lijken erg stabiel en onveranderd groot. De locatie lijkt bepalend voor het beleid en er is een grote en stabiele praktijkvariatie. Hier is in het eerste jaar van de indicator een uitgebreid onderzoek naar gedaan. Er waren toen aanmerkelijke verschillen in praktijkvoering. Een van de resultaten daarvan was een groot verschil in de uitvoering van pijnstilling tijdens de baring en een verschil in de kwaliteit van de bedrijfsvoering tussen ziekenhuizen.

Het gebrek aan verandering contrasteert ook met de verschuivingen in veel andere procesindicatoren, van deelname aan kwaliteitsregistraties tot doorlooptijden bij trombolyse na een CVA. Daarbij was er sprake van een door wetenschappelijke vereniging en inspectie gezamenlijk uitgedragen doel, vaak ook vastgelegd in minimumnormen of minder verplichtend in richtlijnen. Het is inmiddels gebruikelijk om nieuwe indicatoren te ontwikkelen rond duidelijke ontwikkeldoelen. De vraag waar wil het veld naar toe op dit gebied, moet nadrukkelijk gesteld én beantwoord worden wil een indicator optimaal gebruikt worden. Dit vraagt een goede afstemming tussen wetenschappelijke vereniging en inspectie.

Audits breed ingevoerd, op één plek na?

Inmiddels zijn perinatale audits overal gestart en in 2014 gehouden, met uitzondering van Den Helder. Het Gemini ziekenhuis wordt hier met name genoemd omdat de inspectie al eerder meldde dat audits niet verplicht zijn, maar er wel een heel goede verklaring gegeven

[125] HRT 2011

zal moeten worden als zij ontbreken. Dit ziekenhuis gaf twee jaar op rij (2012 en 2013) als verklaring dat er geen casus waren die voor een audit in aanmerking kwamen en geeft dit jaar helemaal geen verklaring meer. Een audit heeft volgens de site[126] het volgende doel: "Perinatale audits zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. In Engeland en Noorwegen is inmiddels een landelijk systeem van perinatale audits ingevoerd. Dat heeft geleid tot: (1) betere samenwerking binnen de perinatale keten; (2) aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling; (3) scholing; (4) hogere kwaliteit van zorg".
Vanaf 2013 lag de nadruk bij de audit niet langer op analyse van sterfte, maar ook op à terme kinderen die op een neonatale intensive care unit moeten worden opgenomen. Het kan nog steeds zijn dat één regio drie jaar geen enkele patiënt in deze groep heeft. Maar naarmate de groep groter is wordt de kans dat dit toevallig is steeds kleiner. Het kan dus zijn dat de samenwerking in Den Helder uitzonderlijk slecht is, maar ook dat er opvallend goede zorg wordt geleverd. Het is essentieel voor een ziekenhuis om een toelichting te geven die helpt bij het maken van het onderscheid. Het is ook mogelijk dat het ziekenhuis in Den Helder zijn data heeft opgeteld bij het ziekenhuis in Alkmaar, of dat de raad van bestuur niet goed op de hoogte is van de audits die bij navraag bij de verloskundigen wel worden uitgevoerd in de regio. Al deze vragen waren te voorkomen geweest bij een betere toelichting op de aangeleverde data. Bij zoveel onderduidelijkheid moet de inspectie navraag doen, wat in dit geval ook is gebeurt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage spontane bevallingen binnen een standaard ongecompliceerde groep vrouwen is relatief hoog (voor 2014: meer dan 68,7%) of laag (voor 2014: minder dan 52,2%)

- Weet het ziekenhuis hoe het scoort ten opzichte van de andere ziekenhuizen?
- Wat is de verklaring van het ziekenhuis voor de relatief hoge/lage uitkomst?
  - Is de keuze van een interventie te verklaren door kenmerken van de patiënten populatie van het ziekenhuis (de casemix, zoals leeftijd, BMI, etniciteit)?
  - Wat is de indicatie voor een kunstverlossing?
- Hoe is de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?
- Welke methodiek wordt gebruikt voor het stellen van een medische indicatie?
- Zijn er indicaties voor een tweedelijns bevalling die niet staan beschreven in de verloskundige indicatielijst (VIL)? (bijvoorbeeld woonomstandigheden, afstand tot ziekenhuis)

Het percentage vrouwen verwezen tijdens de bevalling was relatief hoog (voor 2014: meer dan 68,5%) of laag (voor 2014: minder dan 49,1%)

- Welk risicoselectiemodel wordt gebruikt?
- Is het verwijspatroon geanalyseerd?

[126] http://www.perinataleaudit.nl/

Het aantal perinatale audits was 0

- Kunt u verklaren waarom het ziekenhuis in het verslagjaar niet heeft meegedaan aan de perinatale audit?
- Welke criteria hanteert het ziekenhuis voor het selecteren van een casus voor de perinatale audit?
- Heeft het ziekenhuis het huidige jaar wel een perinatale audit uitgevoerd?

10 Kwetsbare groepen

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied kwetsbare groepen en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 10.

Indicatoren

- Screening ondervoeding geriatrische patiënten.
- Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie.
- Beoordeling bij kwetsbaarheid bij colonchirurgie.

Wat zijn de risico's

De indicator screening ondervoeding geriatrische patiënten vraagt naar het percentage op ondervoeding gescreende geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brengen aan de geriatrische poli- of dagkliniek. Ondervoeding is binnen kwetsbare groepen een veel voorkomend probleem met mogelijk verstrekkende gevolgen voor de kwaliteit van leven. Een eerste stap om ondervoeding bij deze patiënten aan te pakken is screening op ondervoeding. Het doel van deze indicator is dan ook om ondervoeding bij deze populatie terug te dringen door het bevorderen van vroegtijdige herkenning, zodat op tijd adequate behandeling van ondervoeding ingezet kan worden.

De indicator screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie geeft inzicht in het aantal op kwetsbaarheid gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie. De patiënten die uit deze screening als kwetsbaar worden geclassificeerd, dienen vervolgens preoperatief beoordeeld te worden door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie.
In het ziekenhuis zijn oudere patiënten met een indicatie voor colonchirurgie gevoelig voor perioperatieve complicaties en de nadelige gevolgen hiervan. De kans op complicaties is het hoogst bij kwetsbare ouderen. In de praktijkgids Kwetsbare ouderen van VMS[127] wordt geadviseerd om alle 70-plussers in het ziekenhuis te screenen op tenminste het risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies, vier belangrijke domeinen van kwetsbaarheid. Het is van belang dat alleen die ouderen worden geopereerd, waarbij de operatieve interventie waarde zal toevoegen aan de kwaliteit van leven, de levensduur en/-of aan verbetering van het functioneren. Daarvoor is beoordeling door een generalistisch specialist met ervaring op het gebied van de geriatrie van belang.

---

[127] VMS (2013). http://www.vmszorg.nl/_page/vms_inline?nodeid=7001&subjectid=6702 (geraadpleegd op 28-8-2015)

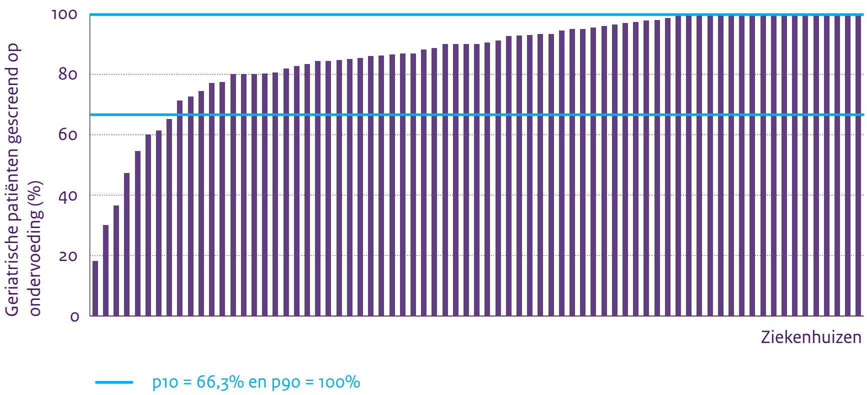
Resultaten

Screening ondervoeding geriatrische patiënten

De indicator screening ondervoeding geriatrische patiënten is in 2014 voor het eerst in de basisset opgenomen. 91 ziekenhuizen leverde gegevens aan, waarvan 9 ziekenhuizen aangaven niet te beschikken over een geriatrische poli- of dagkliniek. 5 ziekenhuizen gebruikten geen gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding op de poli- of dagklinieken, dit waren de volgende ziekenhuizen: Refaja Ziekenhuis (Stadskanaal), Diaconessenhuis (Meppel), Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam), Amphia Ziekenhuis (Breda), Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl en Winschoten). In de toelichting gaven de ziekenhuizen veelal aan dat een screeningsinstrument nog geïmplementeerd moet worden, de meeste ziekenhuizen waren hier mee bezig. In 2 ziekenhuizen – Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) en Meander Medisch Centrum (Amersfoort) was het aantal geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brachten aan de geriatrische poli- of dagkliniek en bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruik is gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument, onbekend. Máxima Medisch Centrum gaf aan dat elke patiënt gescreend werd, maar dat dit een papieren screening was, waardoor het genereren van data nog niet mogelijk was. Meander Medisch Centrum lichtte toe in de komende periode te bezien of specifiek voor geriatrische patiënten overgestapt wordt naar een ander meetinstrument. 2 ziekenhuizen, MC Zuiderzee (Lelystad, Dronten en Emmeloord) en UMCG (Groningen), gaven aan dat het aantal geriatrische patiënten wel bekend was, maar leverden geen data aan. Van de 73 ziekenhuizen die de gegevens aanleverden, gebruikten 15 ziekenhuizen een steekproef.
In totaal brachten 297.777 geriatrische patiënten in 2014 voor het eerst een bezoek aan de geriatrische poli- of dagkliniek, variërend van 27 tot 1.894 patiënten per ziekenhuis (gemiddeld 408 patiënten per ziekenhuis). Het gemiddelde percentage geriatrische patiënten die voor het eerst een bezoek brachten aan de geriatrische poli- of dagkliniek èn bij wie op de geriatrische poli- of dagkliniek gebruikt was gemaakt van een gevalideerd screeningsinstrument voor het vaststellen van ondervoeding is 86,2%. De spreiding tussen ziekenhuizen was groot: 18,1% tot 100%, wat met name komt door uitschieter Orbis Medisch Centrum (Sittard) met 18,1%. Dit ziekenhuis lichtte dit lage percentage niet nader toe. 18 ziekenhuizen gaven aan 100% van de geriatrische patiënten te screenen op ondervoeding.

Figuur 10.1

Percentage geriatrische patiënten gescreend op ondervoeding (n=73)



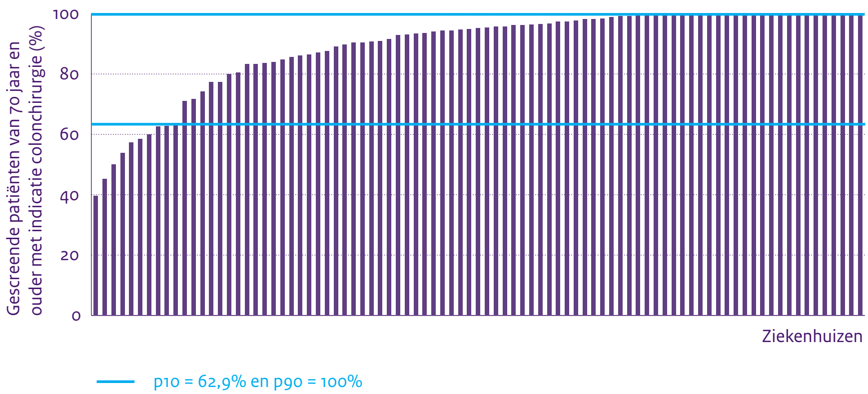
Screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (136 patiënten) en leverden Bronovo (Den Haag) en Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) dubbele gegevens aan (140 patiënten). De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

De indicator screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie is in 2014 voor het eerst opgenomen in de basisset. 90 ziekenhuizen gaven aan dat er electieve colonchirurgie plaatsvindt in hun ziekenhuis. Van deze 90 ziekenhuizen gaven Catharina Ziekenhuis (Eindhoven), Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam) en LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) aan dat het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie, onbekend is. In totaal werden in 2014 in 87 ziekenhuizen 7.535 patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie opgenomen, variërend van 20 patiënten tot 228 patiënten per ziekenhuis (gemiddeld 87 per ziekenhuis). Gemiddeld werden 89,3% van deze opgenomen patiënten met een gevalideerd instrument gescreend op kwetsbaarheid. De spreiding tussen ziekenhuizen was groot: 39,7% tot 100%. De ziekenhuizen met de laagste percentages waren Ziekenhuis St Jansdal (Harderwijk) met 45,3% en Bravis ziekenhuis (locatie Roosendaal) met 69,7%. Bravis ziekenhuis lichtte toe dat de preoperatieve consultatie door de klinisch geriater tijdens het preoperatieve assessment op de POS werd voorbereid, St. Jansdal gaf geen toelichting 26 ziekenhuizen gaven aan alle opgenomen patiënten te hebben gescreend.

Figuur 10.2

Percentage gescreende patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie (n=87)



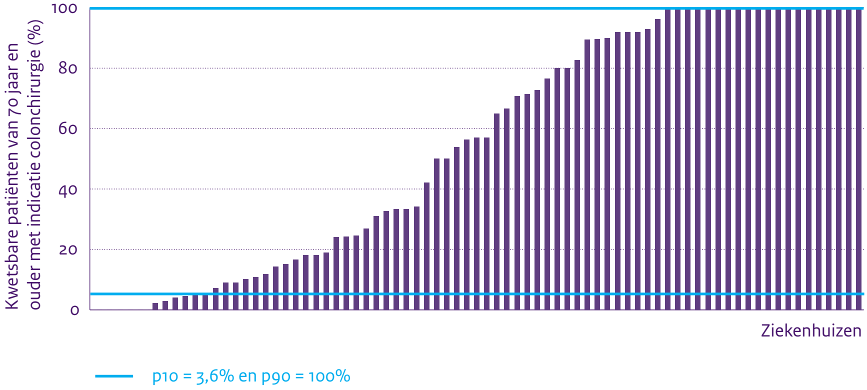
Beoordeling bij kwetsbaarheid bij colonchirurgie

Voor zover bekend bij de inspectie leverden St. Elizabeth ziekenhuis (Tilburg) en het TweeSteden ziekenhuis (Tilburg) dubbele gegevens aan (15 patiënten) en leverden Bronovo (Den Haag) en Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) dubbele gegevens aan (136 patiënten). De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

De indicator beoordeling op kwetsbaarheid is in 2014 voor het eerst opgenomen in de basisset. Van de bovengenoemde 90 ziekenhuizen gaven 13 ziekenhuizen aan dat het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld was door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie niet bekend is. Deze ziekenhuizen gaven hier de volgende redenen voor op: het niet in dienst hebben van een medisch specialist met ervaring in de geriatrie en/of cijfermatige aanlevering van de data kan nog niet gerealiseerd worden. Wilhelmina Ziekenhuis Assen gaf geen toelichting. In totaal werden in 77 ziekenhuizen in 2014 3.269 (spreiding: 4-226) kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie opgenomen. Gemiddeld waren dit 43 patiënten per ziekenhuis. Gemiddeld werd 54,7% van de kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirugie preoperatief beoordeeld door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie. De spreiding tussen ziekenhuizen was maximaal: 0% tot 100%. Bij 20 ziekenhuizen lag dit percentage op 100 en bij 6 ziekenhuizen lag dit percentage op 0. Deze laatste groep ziekenhuizen gaf in de toelichting aan dat een automatisch consultaanvraag naar de geriatrie nog niet volledig geïmplementeerd was. St. Anna Ziekenhuis (Geldrop) en Zaans Medisch Centrum (Zaandam) gaven geen toelichting waarom zij 0% scoorden.

Figuur 10.3

Percentage kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met indicatie colonchirurgie dat preoperatief beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie (n=77)



Aandachtspunten voor kwetsbare groepen en de daarbij horende indicatoren

Samenhang tussen de screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie en de beoordeling bij kwetsbaarheid

Om de samenhang tussen de screening op kwetsbaarheid bij colonchirurgie en de beoordeling bij kwetsbaarheid te bekijken, bekijkt de inspectie eerst het aantal opgenomen patiënten van 70 jaar en ouder met de indicatie electieve colonchirurgie en vervolgens het aantal patiënten van 70 jaar en ouder dat voor de ingreep gescreend is met een gevalideerd instrument voor kwetsbaarheid. Het aantal patiënten dat hieruit als kwetsbaar wordt aangemerkt zou overeen moeten komen met het aantal kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder met de indicatie electieve colonchirurgie uit de indicator beoordeling bij kwetsbaarheid. De inspectie gaat ervan uit dat deze kwetsbare patiënten preoperatief beoordeeld zijn door een generalistische medisch specialist met ervaring in de geriatrie. Wat opvalt is dat 16 ziekenhuizen een lager aantal patiënten gescreend hebben op kwetsbaarheid, dan het totaal aantal kwetsbaar bevonden patiënten van 70 jaar en ouder. Het kan zo zijn dat patiënten direct als kwetsbaar geclassificeerd zijn, zonder dat er gescreend is, maar bij veel ziekenhuizen liepen deze aantallen zo uiteen dat het lijkt dat ziekenhuizen geen goed beeld hebben van de samenhang van deze indicatoren.

Welke expertise is nu eigenlijk noodzakelijk voor de beoordeling van kwetsbaarheid?

In het jaar voorafgaand aan de eerste resultaten van deze indicatoren is de inspectie meermalen bevraagd over de noodzakelijke expertise om een patiënt te beoordelen op kwetsbaarheid. Daarbij waren er grofweg drie opvattingen. De eerste opvatting is dat elke hoofdbehandelaar met expertise op het gebied van de interne geneeskunde de eigen patiënt zou moeten kunnen beoordelen op kwetsbaarheid. De tegenvraag van de inspectie daarbij was welke waarborgen er waren dat een behandelplan zou worden getoetst op de draagkracht van de patiënt. De tweede opvatting was dat elk lid van een geriatrisch team deze beoordeling zou moeten kunnen doen, maar zonder een formeel instrument. De beoordeling was onderdeel van de 'routine' expertise van een geriater. Formele screening wordt dan gepresenteerd als 'administratieve lastendruk door deze indicator'. De derde opvatting was dat onder screening verstaan wordt een 'comprehensive geriatric asesment'[128], en systematische beoordeling van een patiënt op de balans tussen draagkracht en draaglast, die ook formeel geregistreerd kan worden als een verrichting. Het gaat de inspectie niet om de declareerbaarheid, maar om de waarborgen dat een goede methode gehanteerd wordt. Het is niet aan de inspectie om op dit punt normen te formuleren, maar er was hier wel een zekere ruimte voor interpretatie. Het doel van de beoordeling is de balans tussen draagkracht en de belasting van de behandeling te

---

[128] NVKG (2012). De richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment. http://www.nvkg.nl/uploads/OO/mD/OOmDnXm_K6ltEgqeOvCiiw/L-NVKG-A4- Publieks-richtlijn-CGA.pdf (geraadpleegd op 11-01-2016).

bewaken in dialoog tussen de ‘beoordelaar van de kwetsbaarheid’ en de hoofdbehandelaar. Dat vraagt om een onafhankelijke en systematische beoordeling als goed tegenwicht tegen de behandelend specialist, zodat er letterlijk een afgewogen besluit genomen kan worden. Het is zowel in het belang van de patiënt als hoofdbehandelaar dat er een gedegen procedure gevolgd wordt.

Wat is de rol van bewijs bij het invoeren van organisatieverandering

Over de invoering van een kwetsbaarheid beoordeling is discussie geweest buiten de gesprekken met wetenschappelijke verenigingen. Een paar keer nam dit de vorm van het roepen uit de zaal dat er geen bewijs is voor de effectiviteit van het invoeren van een beoordeling. Het probleem daarbij is dat interventies in een organisatie zich slecht lenen voor wetenschappelijk onderzoek en als dat onderzoek wel wordt gepubliceerd, dit vaak buiten de medische tijdschriften gebeurt. Een wetenschappelijke vereniging zal dan naast de puur inhoudelijke overwegingen die vaak goed onderbouwd zijn, een besluit moeten nemen over de organisatievorm op basis van de principes van een goede organisatie. Opvallend daarbij is dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen de stelling dat iets niet is onderzocht en de stelling dat er bewijs uit onderzoek is dat iets niet werkt. Soms is beleid maken ook keuzes maken op basis van de beschikbare kennis en het op basis daarvan op een verstandige wijze invullen van een samenhangende organisatie.
Het is opvallend dat er geen directe relatie is tussen de hoeveelheid beschikbare informatie en de hoeveelheid anonieme opmerkingen tijdens bijeenkomsten. Er kan uitbundig bewijs zijn, maar dan in een veld buiten het betreffende specialisme. De neiging van een (ingelezen) inspecteur is dan om een discussie aan te gaan over het bewijs, maar er is zeker een directe relatie tussen de hoeveelheid stress en emotie die een verandering oproept en die opmerkingen uit de zaal. Het is veel verstandiger om een gesprek aan te gaan over de problemen die ervaren worden tijdens of door de invoering van een verandering en te onderzoeken op welke wijze deze verlicht kan worden. In die zin is het wel een belangrijke indicator om rekening mee te houden tijdens het ontwikkelproces en om te proberen een open oor te houden voor de signalen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Fase 1 (ontwikkelen van infrastructuur) of fase 2 (screening), het ziekenhuis voldoet aan één van de volgende drie condities

1 *Het percentage geriatrische patiënten op de poli- of dagkliniek dat is gescreend op ondervoeding (voor 2014: screening ondervoeding minder dan 66,3%)*
2 *en het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie dat gescreend is op kwetsbaarheid is relatief laag (voor 2014: screening kwetsbaarheid minder dan 62,9%)*
3 *of de screening is afwezig (het ziekenhuis is in fase 1)*

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
  - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
  - Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?

- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
  - Op ondervoeding?
  - Op het risico op delirium?
  - Op kwetsbaarheid?
- Wat wordt gedaan met screeningsuitkomsten en welke interventies volgen bij opvallende uitkomsten?
- Beschikt het ziekenhuis over de infrastructuur op de polikliniek om een consult door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie te laten verrichten?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage geriatrische patiënten op de poli- of dagkliniek dat is gescreend op ondervoeding en het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met een indicatie voor electieve colonchirurgie dat gescreend is op kwetsbaarheid is relatief hoog (voor 2014: screening op ondervoeding en screening op kwetsbaarheid gelijk aan 100%)
- Is het totaal opgegeven aantal patiënten in de noemer in verhouding met de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht beoordelen van patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid)

Het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met de indicatie electieve colonchirurgie dat beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie is relatief laag (voor 2014: minder dan 3,6%) of onbekend
- Waarom screent het ziekenhuis?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de indicatiestelling bij kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten van 70 jaar of ouder met de indicatie electieve colonchirurgie dat beoordeeld is door een generalistisch medisch specialist met ervaring in de geriatrie is relatief hoog (voor 2014: gelijk aan 100%)
- Is het totaal aantal patiënten in de noemer in verhouding met het aantal patiënten in het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is de selectie gemaakt? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

11 Algemeen kwaliteitsbeleid

U vindt de omschrijving van het algemeen kwaliteitsbeleid en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 11.

Dit hoofdstuk bevat weinig specifieke indicatoren, maar raakt direct of indirect aan alle onderwerpen in de basisset. Een van de onderwerpen waarin de basisset inzicht geeft, is de mate waarin er één gezamenlijk uitgangspunt is van waaruit het kwaliteitsbeleid wordt ontwikkeld. Een eenvoudig verschijnsel hiervan is, of de personen verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid op eenvoudige wijze toegang hebben tot de gegevens uit de kwaliteitsregistratie of dat zij deze gegevens uit andere registraties afleiden, zoals de DBC-registratie. Is er één – integraal – beeld in het ziekenhuis op de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis?

In dit HRT besteedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) specifiek aandacht aan de samenwerking. In de andere inleidende hoofdstukken bij de groepen indicatoren worden de vragen uit de algemene inleiding beantwoord voor de specifieke groep. In dit hoofdstuk is op een andere manier het onderwerp samenwerking verwerkt. De Federatie Medisch Specialisten, de oudste samenwerkingspartner in de basisset, geeft onderstaand namelijk haar visie op samenwerking.

Samen werken aan de continue verbetering van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg

De laatste jaren is toenemende aandacht ontstaan voor de kwaliteit van de medische zorg en het functioneren van medisch specialisten, zowel binnen de beroepsgroep zelf, als in de politiek en de media. Medisch specialisten zien hierin een aanmoediging om hun al langer gevoerde integrale kwaliteitsbeleid voort te zetten en op punten te intensiveren. Het uitgangspunt daarbij is te komen tot een voortdurende verbetering van de kwaliteit van zorg (rekening houdend met de maatschappelijke omstandigheden), het functioneren van medisch specialisten in alle opzichten te optimaliseren, en het realiseren van een goed gewortelde cultuur waarbinnen samenwerking op verschillende niveaus centraal staat.

Samen werken op niveau

De optimaal functionerende medisch specialist kenmerkt zich door samen met zijn collega's te werken aan een voortdurende verbetering van zijn tijdens de opleiding verkregen competenties zoals gedefinieerd in het CanMeds model en het inzetten daarvan ten behoeve van de patiënt en de maatschappij. Daarbij volgt de medisch specialist uiteraard de door hem/haar afgelegde eed/belofte. Er bestaat reeds een aantal instrumenten dat tot doel heeft het functioneren van vakgroepen of individuele medisch specialisten te bevorderen: IFMS en kwaliteitsvisitaties zijn daarvan de meest directe voorbeelden.
Ook het systeem van herregistratie is bedoeld om de kwaliteit van zorg te bewaken door een minimum aan bij- en nascholing te garanderen, en om de participatie in patiëntenzorg en deelname aan kwaliteit bevorderende activiteiten van de medisch specialist vast te stellen. Overigens is de omgeving van de medisch specialist cruciaal om sámen te

kunnen werken aan kwaliteitsverbeteringen, en daarmee de specialist optimaal te laten functioneren. De Federatie Medisch Specialisten heeft reeds in 2013 het Visiedocument Optimaal Functioneren opgesteld. In dat document worden meer dan 50 aanbevelingen benoemd die kunnen bijdragen aan het optimaal functioneren van medisch specialisten; zowel de medisch specialist als de actoren in diens omgeving worden hierbij aangesproken. Instrumenten als de kwaliteitsvisitaties en het systeem Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) worden in het document toegelicht en toegespitst.

Samen werken aan indicatoren

Samen werken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren reikt verder dan samenwerking binnen de beroepsgroep zelf. Een voorbeeld ziet u voor u: een samenwerking met de inspectie, V&VN, NVZ en NFU in de ontwikkeling van de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen en de basisset risico-indicatoren particuliere klinieken. Samen worden afspraken gemaakt over het ontwikkelen van nieuwe indicatoren en wordt afgestemd over de data, interpretatie en rapportage.

Hoewel het verzamelen van de informatie voor deze indicatoren door de professionals en de ziekenhuizen als een last kan worden gevoeld wegen de voordelen van de systematiek en de verkregen spiegelinformatie ruimschoots op tegen de nadelen: met de gemaakte afspraken en de voortdurende inbreng van de professional ontstaat motivatie en een ‘sense of urgency’ hetgeen een vruchtbare voedingsbodem is gebleken voor het bewerkstelligen van veranderingen op de werkvloer en verbeteringen ten aanzien van de kwaliteit van zorg en van het functioneren van medisch specialisten.

Via de basisset geven de professionals gewenste veranderrichtingen aan, die vervolgens via de toezichthouder worden getoetst. Een unieke vorm van samenwerking, en een om vooral te continueren!

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het algemene kwaliteitsbeleid?

Ten minste twee van de onderstaande situaties zijn van toepassing op het ziekenhuis

1. Het ziekenhuis neemt niet deel aan de NABON Dutch Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA), heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2014: minder dan 100%).
2. Het ziekenhuis heeft geen gegevens geregistreerd over de ‘NTSV-groep’ (Nulliparous Term Singleton Vertex) bij verloskunde.
3. Het ziekenhuis neemt niet deel aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA), heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2014: minder dan 100%).
4. Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom en doet niet mee aan de landelijke database voor een invasief blaascarcinoom.

5 Het ziekenhuis levert geen data aan voor de database die de stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) beheert.
6 Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD's) niet systematisch via National Cardiovascular Data Registry (NCDR) of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg.
7 Het ziekenhuis voert geen surveillances uit in het PREZIES systeem.
8 De deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken[129] is relatief laag (voor 2014: minder dan 13%).
9 De deelname aan het IFMS is relatief laag (voor 2014: minder dan 53,6%).
10 Er is geen regeling voor mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten.
11 Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd aan de LMR/LBZ voor het berekenen van de HSMR en/of de onverwacht lange opnameduur (OLO).

De inspectie stelt de volgende vragen wanneer ten minste twee van bovenstaande situaties van toepassing zijn

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis (raad van bestuur en medische staf) dat medisch specialisten voldoende feedback krijgen?
- Hoe is het beleid van het ziekenhuis rond visitaties (meedoen, openheid over visitatieverslagen)?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat tijdig wordt ingegrepen bij signalen van disfunctioneren?
- Hoe is de samenwerking tussen medische staf (bestuur) en raad van bestuur?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis adequate communicatie, onder andere van informatie tussen zorgverleners en afdelingen?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het aantal VIM-meldingen (incidenten) over communicatie?

[129] De gesprekken in onder andere academische ziekenhuizen met specialisten worden jaargesprekken genoemd. Dit kan verwarring geven met het begrip 'jaargesprek', zoals dat elders in het HRT wordt gehanteerd om het gesprek tussen de inspectie en de raad van bestuur te beschrijven. Het betreft hier dus een naam met twee verschillende betekenissen.

11.1 Evalueren van het functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014 in paragraaf 11.1 en paragraag 11.2.

Indicatoren

- Jaargesprekken.
- Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS).
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

Wat zijn de risico's

Het bespreekbaar maken van het functioneren van de medisch specialist heeft een belangrijke rol in het continue verbeteren van de kwaliteit van zorg[130]. De bijzondere positie van medisch specialisten binnen een instelling vraagt om een passende aanpak. Voor het organiseren van feedbackgesprekken met medisch specialisten bestaan twee systemen: het jaargesprek, in ieder geval ingevoerd in academische ziekenhuizen en in ziekenhuizen waar specialisten in dienstverband werken, en het IFMS. De inspectie maakt voor het vaststellen van indicaties voor een gesprek met een ziekenhuis geen onderscheid tussen deze systemen. Door de uitvraag van deze indicatoren krijgt de inspectie zicht op het belang wat ziekenhuizen hechten aan het bespreekbaar maken van het functioneren van medisch specialisten. Daarnaast vindt de inspectie het belangrijk dat ziekenhuizen een regeling hebben ingevoerd en toepassen bij het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist. Het tijdig signaleren en ingrijpen bij disfunctioneren van medisch specialisten kan veel leed voorkomen.

Resultaten

Jaargesprekken en IFMS

In 49 ziekenhuizen en radiotherapeutische centra werden in 2014 jaargesprekken gevoerd tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist. 48 van deze ziekenhuizen leverden het percentage jaargesprekken aan bij de inspectie. De ziekenhuizen die geen jaargesprekken voerden, maakten gebruik van het IFMS-systeem. De ziekenhuizen of radiotherapeutische centra waar IFMS nog niet in volle omvang ingevoerd was, voerden jaargesprekken. In 92 ziekenhuizen en radiotherapeutische centra is IFMS in volle omvang ingevoerd. Gemiddeld voerden ziekenhuizen en radiotherapeutische centra met 72,9% van de medisch specialisten een jaargesprek (in 2013 lag dit op 75,3%) en met 81,4% (in 2013 lag dit op 78,3%) een IFMS-gesprek.

---

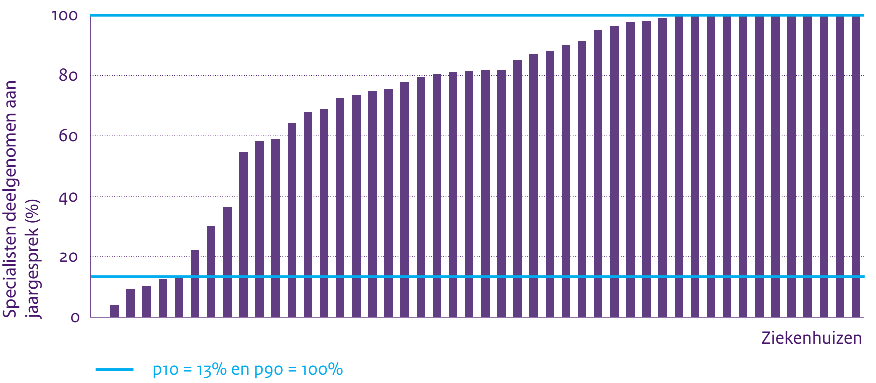
[130] Orde van Medisch specialisten en Wetenschappelijke verenigingen. Optimaal functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van a specialisten, december 2013.

Er waren 38 ziekenhuizen (waaronder ook radiotherapeutische centra) die zowel een jaargesprek als een IFMS-gesprek voerden met medisch specialisten (6 meer dan in 2013). In 9 van deze ziekenhuizen hadden exact hetzelfde aantal specialisten zowel een jaargesprek als een IFMS-gesprek gevoerd (2 minder dan in 2013).

De ziekenhuizen die het minste jaargesprekken en IFMS-gesprekken voerden (dus het totaal) waren Isala (Zwolle) met 15,7%, Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen) met 37,7% en Elkerliek ziekenhuis (Helmond en Deurne) met 42,1%. Deze drie ziekenhuizen voerden enkel IFMS- gesprekken met de medisch specialisten, en het percentage uitgevoerde IFMS-gesprekken was laag.

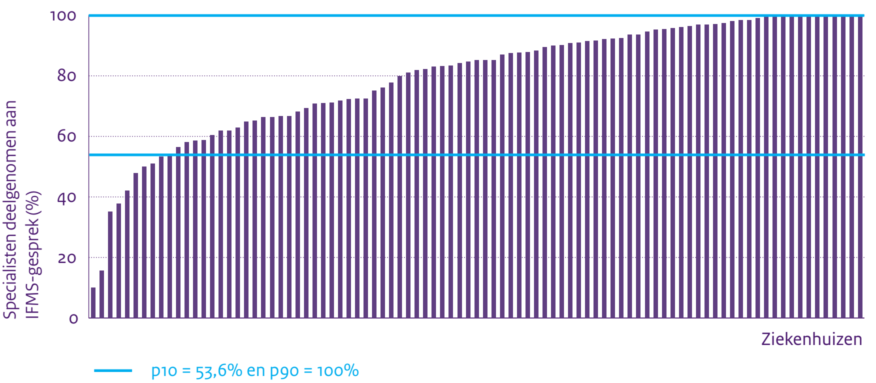
Figuur 11.1.1

Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=48)



Figuur 11.1.2

Percentage specialisten dat aan een IFMS-evaluatiegesprek heeft deelgenomen (n=91)



Tabel 11.1.1

Kengetallen evalueren functioneren medisch specialisten

	Gemiddelde (%) (min.-max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Ziekenhuizen die deze vorm niet gebruiken (n)
Specialisten die aan een jaargesprek hebben deelgenomen	72,9 (0-100)	81,7	12	54
Specialisten die aan een IFMS-evaluatiegesprek hebben deelgenomen	81,4 (10-100)	85,1	11	11

Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten

99 ziekenhuizen en instituten voor radiotherapie hadden in 2014 een regeling voor het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist. Deze instellingen gaven allemaal aan dat deze regeling gebruikt werd, elke keer dat disfunctioneren van een medisch specialist werd vermoed. 4 instellingen hadden geen regeling ingevoerd voor een mogelijk disfunctionerend medisch specialist. Radboudumc (Nijmegen) lichtte toe dat een dergelijke regeling niet noodzakelijk is, omdat de bestaande mogelijkheden zoals bijvoorbeeld jaargesprekken voldoende handvatten boden om adequaat te handelen indien het functioneren van een medisch specialist dat vroeg. De regeling disfunctioneren past niet goed in een privaatrechtelijk arbeidsverhouding zoals wij die kennen, aldus dit ziekenhuis. Alle medische specialisten werkzaam binnen Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) waren in dienst van Radboudumc (Nijmegen). RISO (Deventer) lichtte toe dat de regeling binnenkort zou worden ingevoerd. In het kader van de integrale fusie met het ARTI (Arnhem) wordt een uniforme regeling ingevoerd over beide locaties. In 2013 gaven zij ook al aan dat een regeling in ontwikkeling was. Ook ARTI lichtte toe dat een regeling binnenkort zou worden ingevoerd. In het kader van de integrale fusie met het RISO gaven zij ook aan dat een uniforme regeling ingevoerd wordt voor de beide instituten/locaties.

Aandachtspunten voor evalueren van het functioneren van medisch specialisten en de daarbij horende indicatoren

Bijna alles wat in de inleiding van dit HRT gezegd is over samenwerken is ook essentieel voor het goed functioneren in een complexe organisatie zoals het ziekenhuis. Voor een goed gesprek moet bekend zijn wie de voornaamste samenwerkingspartners zijn. In het IFMS/jaargesprek systematiek komt dat zowel terug in de keuze van gesprekspartners als in de keuzes voor de 360 graden feedback. Zijn die feedbackgevers een goede afspiegeling van de werkrelaties, of zijn ze ingegeven door de behoefte aan veilige gesprekspartners of hiërarchie? Het gemeenschappelijke doel is ook duidelijk: optimaal functioneren voor patiëntenzorg. Vertrouwen tussen gesprekspartners is een van de eerste randvoorwaarden voor een geslaagd IFMS-systeem in de leidraad IFMS[131]. Het waarborgen van het vertrouwen in de medisch specialistische zorg is een van de hoofddoelen. Een van de redenen voor het apart uitvragen van het IFMS en het jaargesprek, is het verschil in de mogelijkheden voor het voeren van een open dialoog op gelijk niveau. Bij een jaargesprek is een hiërarchische relatie aanwezig tussen afdelingshoofd (of manager, medisch manager of lid raad van bestuur) en specialist. Dat kon een beperking vormen voor een open dialoog. Het was daarom goed dat daar systematisch aandacht aan wordt besteed. Als er onvoldoende vertrouwen is dat informatie voor het verbeteren van het functioneren wordt gebruikt, wordt het geven van feedback meer een keuze van loyaliteiten aan medewerker of leidinggevende, dan van mogelijkheden om een collega te helpen. Een functioneringsgesprek is dan bijna zinloos als verbeteringsinstrument. Het vastleggen van afspraken in een persoonlijk ontwikkelingsplan met follow up mogelijkheid is een mooi voorbeeld van de wijze waarop afspraken worden vastgelegd en gevolgd. Dat de wijze waarop besluitvorming tot stand komt een belangrijk element in IFMS is, blijkt o.a. ook uit de zorg die besteed wordt aan het opleiden van een goede gespreksleider. Het gaat er niet alleen om dat de juiste conclusies worden getrokken, maar de wijze waarop besloten wordt dat dit de juiste conclusies zijn, is waarschijnlijk net zo belangrijk voor een goed eindresultaat. Een goed proces, waarin specialisten, in een vertrouwde omgeving op grond van goede feedback besluiten welke ontwikkeling het meest bij zal dragen aan het bereiken van goede patiëntenzorg. IFMS ís een uiting van samenwerken!

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Jaargesprekken of IFMS zijn ingevoerd maar niet actief in gebruik (deelname: onbekend of 0%)

- Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
- Wat zijn of waren de hindernissen bij het invoeren van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?

[131] Leidraad IFMS Orde van Medisch Specialisten September 2014

De som van deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en het IFMS is relatief laag[132] *(voor 2014: jaargesprek minder dan 13%, IFMS minder dan 53,6%)*

- Indien zowel de deelname aan het jaargesprek als het IFMS-evaluatiegesprek laag scoort:
  - Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
  - Welk percentage deelname streeft het ziekenhuis na voor beide of één van beide systemen? Hoe denkt het ziekenhuis dit te bereiken? Welke rol heeft de bestuurder hierin? Welke rol heeft het stafbestuur?
  - Welke belemmeringen waren er om dit percentage te halen?
- Indien alleen het jaargesprek of het IFMS-gesprek relatief laag scoort:
- Welk beleid voert het ziekenhuis ten aanzien van de jaargesprekken/IFMS-gesprekken? Welk percentage deelname streeft het ziekenhuis na? Hoe denkt het ziekenhuis dit te bereiken? Welke rol heeft de bestuurder hierin? Welke rol heeft het stafbestuur?

De som van deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief hoog[133] *(voor 2014: jaargesprek 100%, IFMS 100%)*

- Hoe heeft het ziekenhuis deze hoge deelname bereikt?
- Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?[134]
  - Zo ja:
    - Waarom nemen deze groepen of individuen geen deel?
    - Is er overeenstemming over de reden waarom deze groepen of individuen niet deelnemen?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
- Welke informatiebronnen worden gebruikt?
  - Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van patiënten?
  - Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van andere professionals?
- Heeft het ziekenhuis het volledige systeem ingevoerd?
- Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?
  - Vindt er terugkoppeling plaats naar raad van bestuur wanneer disfunctioneren dreigt?

Een identiek aantal specialisten neemt deel aan beide systemen

- Zijn jaargesprekken en het IFMS beide ingevoerd of wordt één gesprek onder beide noemers geteld?
  - Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
- Welke rol speelt het (medisch) afdelingshoofd bij de gesprekken?

Het ziekenhuis voert alleen jaargesprekken uit

- Welke informatie verzamelt het ziekenhuis over het functioneren van de specialist voordat het jaargesprek plaatsvindt en hoe gebeurt dat?
- Door wie wordt het gesprek gevoerd?

[132] Mits niet dubbel geteld.
[133] Mits niet dubbel geteld.
[134] De inspectie heeft de ervaring bij navraag in de ziekenhuizen dat de 100% vrijwel altijd niet werkelijk wordt gehaald.

12 Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur

U vindt de omschrijving van de indicatoren ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2014, hoofdstuk 12.

Indicatoren

- Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)
- Verbeteracties op basis van HSMR
- Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade.
- Onverwacht lange opnameduur.

Wat zijn de risico's

Elke patiënt loopt een risico op overlijden. De sterftekans in een ziekenhuis is een maat voor de kwaliteit van zorg. Een ziekenhuis dat aangeeft dat de sterfte duidelijk hoger is dan verwacht op basis van de patiëntkenmerken, moet onderzoeken welke oorzaken hier aan ten grondslag kunnen liggen. Ziekenhuizen kunnen de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) en de Standardized Mortality Ratio (SMR) gebruiken om de mortaliteit in het eigen ziekenhuis in de tijd te volgen. Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) is dit om twee redenen interessant. In de eerste plaats dient een ziekenhuis inzicht te hebben in de eigen risico's. Op het moment dat een hoge HSMR niet leidt tot nader onderzoek door het ziekenhuis, is dat aanleiding om nadere vragen te stellen. In de tweede plaats kan het hoog blijven van een HSMR, ondanks nader onderzoek aanleiding zijn voor vragen. Op het moment dat het ziekenhuis zijn eigen processen onvoldoende onder controle heeft om in staat te zijn om een HSMR te berekenen, is dat een risico.
Een andere maat voor de kwaliteit van zorg is de onverwacht lange opnameduur. Indien patiënten langer worden opgenomen dan verwacht, kan dit een indicatie zijn voor suboptimale zorg[135].

Resultaten

Ziekenhuissterfte – HSMR en verbeteracties op basis van de HSMR

In 2014 deden 90 ziekenhuizen mee aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) of Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). In 2 van de 90 ziekenhuizen (in 2013 waren dit nog 9 ziekenhuizen) waren de LMR-gegevens niet betrouwbaar genoeg volgens het CBS. Dit waren Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) en Erasmus MC (Rotterdam). Erasmus MC gaf aan dat te weinig nevendiagnosen en te weinig urgente opnamen waren geregistreerd. In Slotervaartziekenhuis viel minder dan 70% van de sterfte binnen de 50 CCS diagnose-

[135] Borghans I, Hekkert KD, den Ouden L, et al. Unexpectedly long hospital stays as an indicator of risk of unsafe care: an exploratory study. BMJ Open 2014;4:e004773,2013-004773.

groepen[136] in het jaar 2013. Van alle 90 ziekenhuizen gebruikt enkel het Erasmus MC de HSMR niet om de sterfte binnen het ziekenhuis te monitoren. De diagnosespecifieke SMR om de sterfte binnen het ziekenhuis te monitoren wordt wel gebruikt binnen Erasmus MC, net als in de andere 89 ziekenhuizen.

De informatie uit de (H)SMR werd door 90 ziekenhuizen gebruikt om verbeteracties te starten indien nodig. Enkel Spijkenisse Medisch Centrum gaf aan dat dit niet van toepassing was, omdat de totale ziekenhuissterfte in 2014 13 patiënten bedroeg. Het profiel van dit ziekenhuis was daardoor niet representatief (laag complexe electieve zorg) waardoor ze, conform NZA richtlijn, vrijgesteld waren van HSMR publicatie.

6 ziekenhuizen leverden geen data aan, waarop het lijkt dat deze ziekenhuizen niet mee doen aan de LMR of de LBZ. Dit waren het Oogziekenhuis (Rotterdam), de Sint Maartenskliniek (locatie Nijmegen, locatie Woerden en locatie Boxmeer), Antoni van Leeuwenhoek (Amsterdam), Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) en Alexander Monro Borstkankerziekenhuis (Bilthoven).
Oogziekenhuis Rotterdam en Universitair Longcentrum Dekkerswald gebruiken een eigen dossieranalyse als methode voor het verminderen van onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade. De Sint Maartenskliniek lichtte toe dat sterfte onder patiënten zelden voorkomt, omdat de kliniek is gespecialiseerd in houding en beweging en voornamelijk electieve zorg. De kliniek registreert en onderzoekt bij elke overleden patiënt of er sprake was van vermijdbaar handelen. Het Alexander Monro Borstkankerziekenhuis lichtte toe dat zij een gespecialiseerd borstkankerziekenhuis is en de in de indicator benoemde behandelingen niet uitvoert.

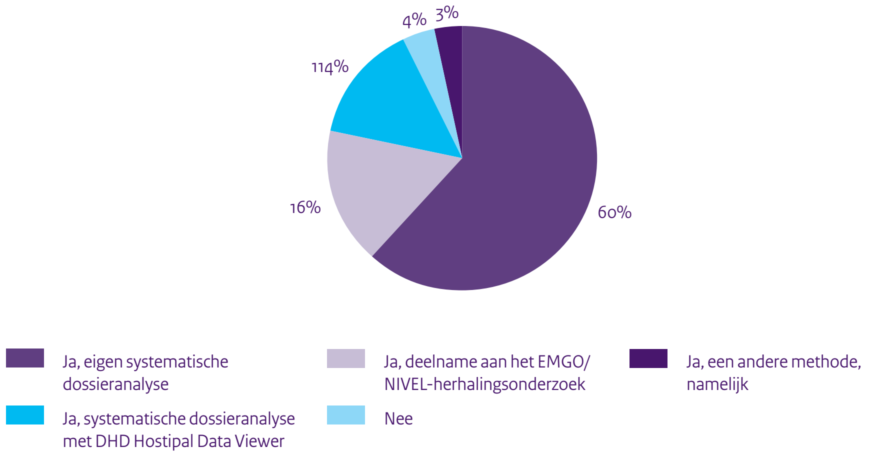
Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade en onverwacht lange opnameduur

Alle 90 ziekenhuizen die meededen aan de LMR of de LBZ deden dossieronderzoek naar vermijdbare zorggerelateerde schade en gebruikten dit om de zorg te verbeteren.
14 ziekenhuizen deden mee aan het EMGO/Nivel herhalingsonderzoek en 16 ziekenhuizen gebruikten DHD (Dutch Hospital Data Viewer). De meeste ziekenhuizen gebruikten een eigen systematische dossieranalyse (n=57). 3 ziekenhuizen gebruikten een systematische dossieranalyse op basis van volledigheid en juistheid van dossiers, op basis van de Reflex tool van de Praktijk Index of op basis van de tool ‘klinisch dossieronderzoek’ van Medirede.

[136] CCS-groepen: een selectie van 50 verschillende diagnosegroepen volgens de Clinical Classification Software.

Figuur 12.1

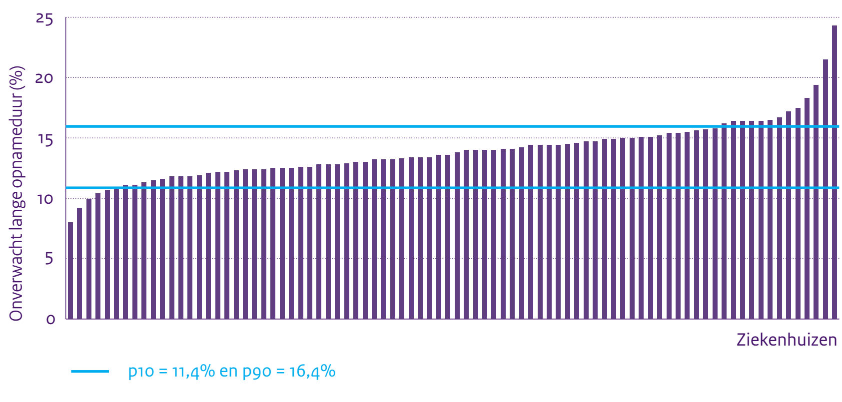
Gebruik van dossieronderzoek als methode voor het verminderen van onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade (%) (n=97)



Van de ziekenhuizen die deelnamen aan de LMR/LBZ, registreerden 86 ziekenhuizen ook de operaties in de LMR/LBZ. 4 ziekenhuizen deden dit niet. Gemiddeld werden 2.798 patiënten langer opgenomen dan verwacht. Dat is gemiddeld 13,9% van de patiënten (mediaan = 13,7%). Dit is een stijging ten opzichte van 2013, toen gemiddeld 2.087 patiënten langer werden opgenomen dan verwacht, wat gemiddeld 11,5% van de patiënten was.

Figuur 12.2

Percentage patiënten dat een gerealiseerde verpleegduur had die meer dan 50% hoger lag dan verwacht (n=82)



Aandachtspunten

In dit aandachtspunt wordt opvallend vaak gebruik gemaakt van het woord moeten. Dat heeft een reden, goede gebruik van kwaliteitsgegevens vraagt om een keten van onderling afhankelijke acties. Zijn die stappen niet goed op elkaar afgestemd of worden essentiële stappen overgeslagen, dan functioneert het systeem niet of slecht. Het is een (daardoor) kwetsbare keten van essentiële stappen. Het goed berekenen en gebruiken van een uitkomst indicator als de HSMR vraagt samenwerking van vele partijen. De hoofd- en nevendiagnosen moeten goed worden aangegeven in de bronnen, de status en/of de ontslagbrief. Codeurs moeten de gegevens goed omzetten in de juiste code, met een 'redelijk' aantal nevendiagnosen. Vervolgens moet de data opgenomen worden in de LBZ. De HSMR inclusief SMR's kunnen vervolgens worden berekend. De resultaten moeten daarna terug naar het ziekenhuis, zij moeten daar serieus worden opgepakt door het stafbestuur en de raad van bestuur. In dit proces moeten de direct (en indirect) betrokken artsen en verpleegkundigen betrokken zijn, anders is de kans op een foute interpretatie te groot. De kwaliteitscoördinator, verantwoordelijk voor het statusonderzoek, moet dit vervolgens inrichten. De resultaten moeten goed worden geanalyseerd en indien er verbeterpunten worden gevonden moeten deze worden aangepakt door alle betrokkenen. Als er ergens in deze keten een hindernis zit, werkt het systeem niet goed. Tegelijkertijd moet er rekening gehouden worden met de belastbaarheid van professionals. Een vakgroep chirurgie die zijn eigen werkwijze rond darmkanker enthousiast aan het analyseren is met behulp van de DSCA (kwaliteitsregistratie voor chirurgische behandeling van dikkedarm-kanker), zal wellicht geholpen worden door een SMR voor maagdarmchirurgie, maar een aparte analyse daarvan uitgevoerd door de kwaliteitsafdeling kan ook leiden tot discussies over de keuze van specifieke verbeteringen tussen de chirurgen en kwaliteitscoördinator. Ook hier is een open dialoog en vertrouwen de basis waarop door alle betrokkenen gewerkt moet worden.

In 2014 heeft de inspectie een onderzoek uitgevoerd met als vraag wat de betrouwbaarste wijze is om informatie te verkrijgen over de verrichtingen die worden uitgevoerd. Daarbij zijn twee wegen vergeleken, de weg via het coderingssysteem van de LBZ en via de kwaliteitsregistratie van de specialist. Het valt op dat beide wegen voor- en nadelen hebben. Er ontstond bijvoorbeeld in een ziekenhuis een groot verschil in het aantal ingrepen tussen de LBZ en de relevante registratie. De instelling zou ineens niet meer aan de norm voldoen! Bij nader onderzoek bleek dat te berusten op een medisch inhoudelijk verschil. Bij een pancreaskopcarcinoom zijn er twee interpretatiemogelijkheden, kanker in de kop van de alvleesklier en kanker van de galweg die door de kop van de alvleesklier loopt. Voor de arts één ziekte, voor de codeur twee verschillende boeken, het indrukwekkende verschil teruggebracht tot het optellen van twee losse codes.
Er was echter een ander opvallend verschil. Het aantal interne controles dat werd uitgevoerd op de registraties was duidelijk en systematisch groter bij de kwaliteitsregistraties. Dat had zowel interne als externe redenen. De geïnterviewden gaven systematisch aan dat zij de kwaliteitsregistraties zelf gebruikten en zij verwachtten meer problemen als er in de kwaliteitsregistraties fouten zaten. De andere registratie werd ook minder gecontroleerd,

ten eerste omdat deze minder bekend was en ten tweede omdat als deze bekend was er minder waarde werd gehecht door de specialisten en de raad van bestuur aan de uitslagen. De voorspelbare conclusie is dan ook dat de bron die de grootste kans op betrouwbare data geeft, de bron is die door de leverancier van de data zelf ook gebruikt wordt, zelfs als deze door de betrokken zorgverlener als een last wordt ervaren. De data moeten dicht bij de zorgverlener blijven. Registratie aan de bron is misschien niet leuker, maar wel een stuk beter.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft geen betrouwbare data aangeleverd aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) of Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

- Op welke wijze onderzoekt het ziekenhuis de mortaliteit?
- Welke belemmeringen zijn er in het registreren van de sterftecijfers waardoor de cijfers niet betrouwbaar zijn bevonden?

Het percentage patiënten met een langere opnameduur dan verwacht is relatief hoog (voor 2014: meer dan 16,4%)

- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom de opnameduur relatief hoog is en bij welke patiëntengroepen?
- Past dit cijfer bij het profiel van het ziekenhuis en de trend die het ziekenhuis heeft gezien in de afgelopen jaren?
- Welke verbetermaatregelen neemt het ziekenhuis?
- Wat is de uitslag voor de onverwacht lange opnameduur?

Het percentage patiënten met een langere opnameduur dan verwacht is relatief laag (voor 2014: minder dan 11,4%)

- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom de opnameduur relatief laag is?
- Past dit cijfer bij het profiel van het ziekenhuis en de trend die het ziekenhuis heeft gezien in de afgelopen jaren?
- Wat is de HSMR?

Het ziekenhuis heeft een eigen methode voor status onderzoek

- Heeft het ziekenhuis inzicht in het type problemen dat met deze methode opgespoord kan worden?
- Wat is de sensitiviteit en specificiteit van de methode?

www.igz.nl

2014 Het resultaat telt ziekenhuizen

Gezond vertrouwen

